

Lupakäytäntöjen ja täydennyskoulutus- järjestelmän kehittäminen Nummentaustan ja Roution kotihoidoissa

• •

Muurla Emmi

Paukkio Jenna

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU
Laurea Lohja

Lupakäytäntöjen ja täydennyskoulutusjärjestelmän kehittäminen Nummentaustan ja Roution kotihoidoissa

Emmi Muurla
Jenna Paukkio
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu, 2010

Emmi Muurla, Jenna Paukkio

Lupakäytäntöjen ja täydennyskoulutusjärjestelmän kehittäminen Nummentaustan ja Roution kotihoidoissa

Vuosi 2010

sivumäärä 53

Hankkeen tarkoituksena on kehittää kaikkien Lohjan alueen kotihoitoyksiköiden lääkehoidon turvallisuutta Sosiaali- ja Terveysministeriön turvallista lääkehoitoa koskevan ohjeistuksen mukaiseksi. Tavoitteena on saada yhtenäinen, kaikkiin Lohjan alueen kotihoitoihin sopiva yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma Sosiaali- ja Terveysministeriön suositusten mukaisesti. Hanke osapuolten yhteistyö aloitettiin jo keväällä 2008, jolloin kotihoitoyksiköihin tehtiin nykytilan kuvaus kaikista Turvallisen lääkehoidon osa-alueista. Hanke jatkui keväällä 2009, jolloin tavoitteena oli luoda uusi toimintatapa työyksiköihin nykytilan kuvauksen ja kehittämiskohteiden perusteella.

Teoreettisena perusteena käytettiin tutkittua tietoa lääkehoidosta, lääkehoidon lupakäytänteistä sekä lääkehoidon koulutuksesta. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista, joka tarkoittaa, että uusi toimintamalli istutetaan työyksikköön tai työyksiköihin vaihe vaiheelta muuttamalla aluksi hiljainen tieto näkyväksi tiedoksi, minkä pohjalta voidaan nostaa esille työyhteisössä kehittämistä vaativat kohteet. Työyhteisön nykyistä toimintamallia verrataan tutkittuun, teoreettiseen tietoon ja tämä teoreettinen tieto tuodaan työyhteisöön. Uuden toimintamallin kehittäminen perustuu näiden kahdentyyppisen tiedon yhdistämiseen.

Uudessa toimintamallissa kotihoitoyksiköillä tulisi olemaan säännöllinen koulutus: isompi, laajempi koulutus, joka olisi suunnattu kaikille terveydenhuollon yksiköiden sairaanhoitajille. Tämän lisäksi tulisi olemaan kotihoitoyksiköiden lähi- ja sairaanhoitajille pienempi koulutus kerran vuodessa. Nämä pienemmät koulutukset rakentuisivat lääkehoitoon liittyvistä teemoista, joita lähi- ja sairaanhoitajat ovat saaneet itse ehdottaa. Lääkehoitoluvat suoritettaisiin siihen tarkoitettuun lomakkeen avulla, jonka hyväksyy lääkäri kun lääkehoidon osa-alueeseen kuuluvat asiat ovat hyväksytysti suoritettuna.

Valmiilla arviointilomakkeella työyhteisö arvioi uutta toimintamallia ja sen toimivuutta sekä sopivuutta työyhteisöön. Työyhteisö arvioi myös omaa osallistumistaan uuden toimintamallin luomisprosessissa. Kyselylomakkeen tulosten mukaan työyhteisö ei uskonut uuden toimintamallin toimivan tällä hetkellä, mutta toimintamallin kehittäminen edesauttaisi sen sopivuutta työyhteisöön. Kyselystä selvisi, että tarpeeksi aikaa ja mahdollisuutta uuden toimintamallin kehittämiselle ei saatu eikä työyhteisö kokenut olevansa tiiviisti kehittämistyössä mukana. Kuitenkin uudesta toimintamallista tulisi saamaan toimiva kokonaisuus työyhteisöön, mikäli sitä kehitettäisiin edelleen.

Uuden toimintamallin tekoa voisi jatkaa ainakin muokkaamalla lääkkeenhoitolupia määrittävää lomaketta sellaiseksi, että sitä voisi helposti käyttää eikä se olisi aikaa vievä. Pidemmällä aikavälillä uudentoimintamallin kokeileminen käytäntöön mahdollistaisi sen eteenpäin viemisen ja edelleen muokkaamisen.

Asiasanat: lääkehoitosuunnitelma, juurruttaminen, turvallinen lääkehoito, lupakäytännöt, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Emmi Muurla, Jenna Paukkio

Development of license practices and ensurement and maintaining the knowledge and skills in pharmacotherapy in Nummentausta and Routio home care units

Year	2010	Pages	53
------	------	-------	----

This thesis is a part of Safe Medication Model 3 -project. The object of this project is to develop the safety of medication in the area of Lohja home care units to match up to the Ministry of Social Affairs and Health guide "Safe pharmacotherapy. National guide for pharmacotherapy in social and health care." The target is to get unified medication plan, suitable for all of the home care units in Lohja according to the guidelines set by to the Ministry of Social Affairs and Health. The co-operation between the partners in the project got started in spring 2008, when a description of a current status was made regarding the home care units. The project resumed in the spring 2009, when the target was to create a new operations model to the home care units based on the descriptions of current statuses.

As theoretical basis there was used studied knowledge of drug treatment, drug licensing practices and medical education. Method for the development there was used dissemination which means that new operations model will be implanted into work community or work communities in stage, to start with by changing silent information to visible information. After that a target which requires developing in work communities can be highlighted. Work community's current operations model is compared to the studied theoretical knowledge and this theoretical knowledge is brought into work community. Developing a new operational model is based on integration of these two types of information.

With the new operations model, the work community now would have regular training: longer and more extensive training, which would concern all the nurses in health service system. Also there would be a shorter training once a year, only for the nurses and practical nurses in home care units. These shorter trainings would be based on themes suggested by the nurses in home care units. Medical treatment licenses would be performed with a form made for it and accepted by a doctor after the medical treatment in areas related cases are successfully completed.

With the ready-made evaluation form work community evaluated the new operations model and its functionality as well as suitability to the work community. Work community also evaluated its own participation to the creating of the new operations model. Based on the results of the evaluation form, work community did not think that the new operations model works at the moment, but development of the operational model would help to its suitability to the work community. Survey revealed that there were not enough time and possibilities to the development of the new operation model and neither work community experienced to be involved closely in development work. However, the new operations model would be functional entirety to work community, if it were developed further.

Making of the new operations model could be continued further at least by modifying medical treatment licenses determining form in such way that it could easily be used and would not be time-consuming. In the longer term, trying the new operations model in practice would enable the further development and modifying of the new operations model.

Key words: medication plan, dissemination, safe medication, license practices, maintaining the knowledge and skills in pharmacotherapy

SISÄLLYS

1	Johdanto	6
2	Kehittämistoiminnan ympäristö	8
2.1	Nummentaustan ja Roution kotihoito.....	8
2.2	Kotihoidon toiminnan arvot ja periaatteet	9
2.3	Muutokset lupakäytänteistä ja lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja ylläpitämisestä.....	10
3	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut.....	11
3.1	Läkehoidon sisältö ja toimintatavat	12
3.2	Läkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen	13
3.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako.....	15
3.4	Lupakäytännöt	19
3.5	Läkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta	23
3.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen	24
3.7	Potilaiden informointi ja neuvonta.....	24
3.8	Läkehoidon vaikuttavuuden arviointi.....	26
3.9	Dokumentointi ja tiedonkulku.....	27
3.10	Seuranta- ja palautejärjestelmät	27
4	Kehittämistoiminnan menetelmät.....	28
4.1	Teemahaastattelu	28
4.2	Juurruttaminen	29
4.3	BA	30
4.4	Juurruttamisprosessi.....	30
5	Kehittämistoiminnan toteutus	33
5.1	Läkehoidon nykytilan kuvaus.....	34
5.2	Kehittämishankkeen eteneminen.....	35
6	Uusi toimintamalli.....	36
6.1	Henkilökunnan täydennyskoulutukset	36
6.2	Läkehoitoluvat.....	37
7	Kehittämistoiminnan arviointi	37
7.1	Tutkimuksen arviointi ja luotettavuus.....	42
7.2	Tutkimuksen eettiset periaatteet	43
	Lähteet.....	45
	Kuviot	48
	Liitteet	49

1 Johdanto

Kehittämiskohteet Nummentaustan ja Roution kotihoidon yksiköissä, perustuen nykytilan kuvaukseen, olivat lääkelupakäytännöt ja lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen. Lääkehoitosuunnitelma ja sen tekeminen koskee jokaista terveys- ja sosiaalihuollon toimintayksikköä. Sen tulisi kattaa koko lääkehoitoprosessin, kuten vastuiden määrittäminen ja henkilökunnan riittävä lääkehoidon kouluttaminen. Vastuu lääkehoitosuunnitelmasta on kunkin toimintayksikön johdolla, mutta suunnitelma toteutetaan yhteistyössä kaikkien lääkehoitoon osallistuvien kanssa. (Ritmala-Castrén 2006.)

Tämä kehittämishankkeen raportti on osa Turvallinen lääkehoito3 -kehittämishanketta, joka on toteutettu yhteistyössä Lohjan kaupungin kotihoidon sekä Laurea -ammattikorkeakoulun kanssa. Tämä kehittämishanke perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan ”Turvallinen lääkehoito - valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveysalalla” -oppaaseen. Opas on laadittu kehittämään lääkehoidon osaamista ja toteuttamista terveys- ja sosiaalialan eri toimintayksiköissä, asettamaan vähimmäisvaatimuksen lääkehoidon toteuttamiseen sekä selkeyttämään vastuunjakoja. Lisäksi opas auttaa täydentämään ja yhdenmukaistamaan esimerkiksi vaihtelevia lääkehoidon lupakäytäntöjä eri toimintayksiköissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Turvallinen lääkehoito 3-hanke on jatkoa edellisenä vuonna aloitetulle Turvallinen lääkehoito 2-hankkeelle, minkä tarkoituksena oli kehittää Lohjan kaupungin kotihoitojen lääkehoitosuunnitelmaa turvallisemmaksi. Turvallinen lääkehoito 2-hankkeessa kotihoitoyksiköihin tehtiin nykytilan kuvaus olemassa olevasta lääkehoidosta, mistä Turvallinen lääkehoito 3-hanke on jatkoa. Koko hankkeen tarkoituksena on kehittää kaikkien Lohjan alueen kotihoitoyksiköiden lääketurvallisuutta Sosiaali- ja Terveysministeriön ohjeistusta turvallisesta lääkehoidosta vastaavaksi. Tavoitteena on saada kaikkiin kotihoitoihin sopiva yhtenäinen, kuitenkin yksikkökohtainen, lääkehoitosuunnitelma Sosiaali- ja Terveysministeriön suositusten mukaisesti.

Tämän osahankkeen tavoitteena oli luoda työyksiköihin uusi lääkehoidon toimintamalli, joka perustuu nykytilan kuvaukseen ja niiden pohjalta esille tuotuihin kehittämiskohteisiin työyksiköissä. Tarkoituksena oli yhtenäistää työyksiköissä olevat käytännöt lääkelupien ja koulutuksen osalta. Tämä osahanke, jossa toimivat yhdessä kaksi opiskelijaa, kaksi sairaanhoitajaa ja yksi lähihoitaja, toteutettiin yhteistyössä Roution ja Nummentaustan kotihoitojen kanssa.

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista, joka tarkoittaa, että uusi toimintamalli istutetaan työyksikköön tai työyksiköihin vaihe vaiheelta. Ensimmäinen vaihe

koostuu siitä, että hiljainen tieto muutetaan näkyväksi tiedoksi. Toisessa vaiheessa selvitetään kehitettävät kohteet. Kolmannessa vaiheessa näkyvää tietoa verrataan teoreettiseen, tutkittuun tietoon. Neljännessä vaiheessa juurrutettava toimintamalli arvioidaan ja annetaan työyhteisön kehitettäväksi.

Työssä uudentoimintamallin luomisen prosessi aloitettiin keväällä 2009, jolloin valittiin kehittämiskohteet ja kotihoidot, joihin opiskelijat alkaisivat kehittää uutta toimintamallia lääkehoidon osa-alueista. Tämän työn kehittämiskohteiksi lääkehoidon osalta, tulivat osaamisen varmistaminen sekä lupakäytännöt. Kotihoidot, joihin näitä osa-alueita alettiin kehittää, olivat Nummentaustan ja Roution kotihoidot. Yhteistyötä opiskelijoiden sekä työyhteisön kanssa tapahtui keväällä, kesällä sekä syksyllä 2009. Opiskelijat kokosivat tutkitun tiedon opinnäytetyöhön ja työelämän edustajat kertoivat haastatteluiden avulla käytännöstä. Opinnäytetöiden eri osa-alueita käytetään lääkehoitosuunnitelmien tekemiseen kotihoidon yksiköihin.

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Kotihoidon käsitteellä ei ole tarkkaa määritystä. Kirjallisuuskatsausten ja tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin määritellä, että kotihoito on ihmisten kodeissa annettavaa ammattihenkilöstön (lähihoitaja, sairaanhoitaja tai kotihoitaja) toteuttamaa hoitoa. Tavoitteena kotona annettavalla hoidolla on elämänlaadun ja toimintakyvyn parantaminen sekä sairaalahoidon tarpeen vähentäminen. Kotihoidon avulla potilas selviytyy kotona mahdollisimman pitkään eikä ole riippuvainen jatkuvasta sairaala hoidosta. (Pietikäinen 2004, 17.)

Kotihoidosta puhuttaessa viitataan kotipalvelun, kotisairaanhoidon, terveydenhuollon ehkäisevän ja tukityön yhdistämisestä yhdeksi palveluksi ja hoidoksi. Kotihoidon piirissä olevat asiakkaat asuvat pääasiassa kotona, ja ostetut palvelut, kuten lääkehuolto ja ateriapalvelu, tuodaan kotiin. Asiakas saa itse päättää mistä palveluista haluaa maksaa. Kotihoidon piirissä olevat asiakkaat ovat usein ikääntynyttä väestöä, jotka fyysisen kuntonsa puolesta kykenevät asumaan kotona, mutta tarvitsevat päivittäisissä toiminnoissa jonkin verran apua. Kotihoitoasiakkailla on usein monilääkitys ja he tarvitsevat apua lääkkeiden jaossa. (Pietikäinen 2004, 4.)

2.1 Nummentaustan ja Roution kotihoito

Nummentaustan kotihoidon toiminta-alueena on koko Nummentaustan alue kuuden kilometrin säteellä. Roution kotihoito sijaitsee Routionmäellä, noin viisi kilometriä Lohjan keskustasta. Roution kotihoidon toiminta-alue kattaa koko Roution, Karstun, Karkalin, Kisakallion ja Jantoniemen. Karstun suunnassa Roution kotihoidon alue päättyy Sammatin kotihoidon alueen rajalle. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009.: L. Jalo, henkilökohtainen tiedonanto 28.7.2009.)

Moniammatillinen yhteistyö on laajaa. Toiminta on suurimmaksi osaksi lääkärin kanssa työskentelyä. Muita yhteistyökumppaneita Nummentaustan ja Roution kotihoidoilla ovat mm. sosiaalityöntekijät, tukipalveluiden tuottajat, esimerkiksi ateriapalvelu, yksityiset palveluntarjoajat, esimerkiksi turvapuhelimen ylläpitäjä, vapaaehtoistyöntekijät sekä -järjestöt. Asiakkaiden asioita hoidetaan lääkärin kanssa puhelimitse päivittäin. Terveysasemien kanssa kotihoito on paljon tekemisissä resepteihin liittyvissä asioissa. Vuodeosastojen kanssa keskustellaan potilaan siirtymisistä osastolle tai osastolta pois. Tätä yhteistyötä vuodeosastojen kanssa hankaloittaa kuitenkin se, että kotihoito ei saa tietoja potilaasta vuodeosastohoidon aikana, mikä vaikeuttaa heidän työtään. Tämä saattaa johtaa tilanteisiin, joissa kotihoito ei tiedä, että asiakas on kotiutunut eikä osaa silloin suunnitella käyntiä asiakkaan luona. Toisaalta yhteistyö vuodeosastojen kanssa on kehittynyt viime

aikoina, esimerkiksi kotiutuksiin varaudutaan ajoissa. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009.)

Nummentaustalla lääkkeenjako tapahtuu suurimmaksi osaksi asiakkaan kotona, vain muutaman asiakkaan lääkkeet ovat toimiston lukitussa lääkekaapissa, jossa säilytetään myös pistävät ja viiltävät tarvikkeet. Potilaiden, joiden kodissa ei voi säilyttää lääkkeitä jonkin lääkkeiden käyttämiseen tai säilyttämiseen liittyvän riskin takia, lääkkeet pidetään toimistolla. Roution kotihoidossa lääkkeenjako vain osittain toimistolla, osalla asiakkailla on lääkkeet omissa kaapeissa. Lääkkeenjako tapahtuu kerran viikossa, joka toinen viikko tai kerran kolmessa viikossa riippuen asiakkaan lääkkeiden määrästä. Roution kotihoidossa lääkkeet jaetaan useimmiten kerran viikossa. Suurin osa asiakkaista tulee toimeen itseksensä kolme viikkoa, kunhan lääkkeet käydään jakamassa. Jos asiakkaalla on lääkkeitä paljon, katsotaan turvalliseksi, että kotihoito jakaa ne. Kotihoidon työntekijöiden mukaan varsinaista lääkehoitosuunnitelmaa kotihoidossa ei ole. Työntekijät toimivat omien normien ja käytäntöjen mukaan. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009.)

2.2 Kotihoidon toiminnan arvot ja periaatteet

Lohjan kaupungin alueen vanhuspalveluja ohjaavia arvoja ja periaatteita on kirjattu palvelustrategiaan. Näissä korostetaan muun muassa vanhusten oman tahdon kunnioittamista, riittävää avunsaantia ja -tarjontaa, yksinäisyyden torjumista, kotona asumisen mahdollistamista sekä omaisten roolin huomioimista osana vanhusten hoitopalveluita. Kotihoidot toimivat 24 tuntia vuorokaudessa. Tärkeitä asioita ovat myös ikäihmisten aktivointi mahdollisesti harrastusten avulla sekä yksilöllisen vanhuuden huomioimista. (Lohja 2010.)

Nummentaustan ja Roution kotihoidossa toimintaa ylläpidetään Lohjan kaupungin yleisten eettisten arvojen mukaisina. Keskeisinä arvoina pidetään asiakaslähtöisyyttä, hyvinvointia ja kehittämistä. Asiakaslähtöinen työskentelytapa näkyy muun muassa kuntouttavan työtteen käyttämisenä asiakaskontakteissa. Asiakkaiden yksilölliset tarpeet, omatoimisuuden tukeminen sekä itsemääräämisoikeus otetaan huomioon asiakkaiden kanssa työskennellessä. (Asiakaslähtöinen kotihoito, Nummentaustan kotihoidon perehdytyskansio 2010; Roution kotihoidon perehdytyskansio 2010.)

Sairaanhoitajalla on toisinaan vain muutama asiakas päivässä, ja hän meneekin siksi usein muiden hoitajien avuksi ja pyytää käyntejä. Sairaanhoitaja ei koskaan hoida asiakkaan luona pelkästään lääkkeisiin liittyviä asioita, vaan auttaa asiakasta tomissaan alusta loppuun asti helpottaakseen muiden hoitajien työtä. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009.)

2.3 Muutokset lupakäytänteistä ja lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja ylläpitämisestä

Lääkehoidon nykytilanteiden kartoituksessa teemahaastattelun pohjalta on tullut esille lääkehoidon osaamisen varmistamisen ja ylläpitämisen osalta, että vakiintunutta järjestelmää ei ole ja työntekijät toteuttavat lääkehoitoa koulutuksen antamien valmiuksien perusteella. Työntekijöiden tulisi itse tunnistaa omat kehittämistarpeet toiminnassaan ja tämän perusteella voidaan suunnitella täydennyskoulutuksen tarve. Lääkehoitoon liittyvistä asioista voi puhua myös esimiehen kanssa, joka järjestää lisäkoulutusta tarpeen vaatiessa. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009; L. Jalo, henkilökohtainen tiedonanto 28.7.2009.)

Lääkeluvat ovat voimassa määrittelemättömän ajan, eikä osaamista varmisteta säännöllisesti. Työntekijöistä vain osalla on pistoluvat (s.c., i.m., i.v.). Sairaanhoitajat ovat käyneet suonensisäisen lääkehoidon lupatentin, johon sisältyi yksi luento ja kirjallinen tentti. Yksiköissä on olemassa perehdytyskansio opiskelijoille ja uusille työntekijöille. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009; L. Jalo, henkilökohtainen tiedonanto 28.7.2009.)

Lääkelupakäytännöistä Roution ja Nummentaustan kotihoidon työelämän edustajat haluaisivat ainakin kahden vuoden välein kotihoidolle suunnattua koulutusta, joka sisältäisi sekä teoreettisen että käytännön kokeen. Näiden koulutusten olisi hyvä keskittyä erityisesti ihonalaiseen, lihakseen annettavaan ja suonensisäiseen lääkehoitoon ja näiden näyttökokeeseen. Tällä hetkellä koulutusta ei ole säännöllisesti, ihonalaisesti ja lihakseen annettava pistokoulutus on järjestetty lähi- ja perushoitajille vain kerran, jonka jälkeen lupia ei kontrolloida millään tavalla. Jo lihakseen pistettäessä on monia asioita joita pitää tietää, esimerkiksi laihoilla ihmisillä ei voi pistää kohtisuoraan. Kaikki luvat myönnetään määräämättömäksi ajaksi, joten selkeyttä ja järjestelmällisyyttä kaivataan. Uudeksi käytännöksi sopisi määrääjäksi myönnetyt luvat, jotka tulisi uusia esimerkiksi kolmen vuoden välein. Esille tuli mm. ensiapukoulutus, joka on pakko uusia kolmen vuoden välein. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009; L. Jalo, henkilökohtainen tiedonanto 28.7.2009.)

Nykyiset suonensisäisesti toteutettavan lääkehoidon koulutukset ovat aihealueiltaan hyvin laajoja, ja niissä on paljon sellaista asiaa, mikä ei välttämättä kosketa kotihoitoa ollenkaan, esimerkiksi verensiirrot. Tällaisesta laajasta koulutuksesta haluttaisiin suppea, kotihoidon sairaanhoitajille suunnattu oma koulutus, joka voisi toteutua esimerkiksi kerran vuodessa, ja joka viides kerta koulutus voisi olla laajempi. Näissä sairaanhoitajille suunnatuissa koulutuksissa olisi hyvä kerrata suonensisäistä lääkehoitoa, esimerkiksi kanyylin tai

suonensisäisen nesteytyksen laittoa, kolmitiehanan käyttöä ja lääkkeiden laimentamista ja sekoittamista. Tällä hetkellä suonensisäistä lääkehoitoa tehdään niin harvoin, että taidot pääsevät unohtumaan. Toisinaan kanyylin laitosta soitetaan yllääkärille, joka sovittaa toimenpiteen oman vuoronsa mukaan, mikäli sairaanhoitaja ei onnistu asettamaan suonensisäistä kanyyliä. Näyttökokeen antaminen voi olla hankalaa koska suonensisäistä lääkehoitoa vaativia potilaita tulee vastaan hyvin harvoin. Kuitenkin näytön toteutumiseen voisi ajatella suonensisäisen kanyylin laittoa koulutustovereille valvotuissa olosuhteissa. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009; L. Jalo, henkilökohtainen tiedonanto 28.7.2009.)

Olisi toivottavaa, että lääkkeitä ja lääkehoidosta olisi kaikille täydennyskoulutusta. Kertausta kaivattaisiin erityisesti tiettyjen lääkeaineiden osalta. Koska lääkkeiden kauppanimet muuttuvat jatkuvasti, koulutusta haluttaisiin uusien lääkkeiden nimistä ja niiden käyttötarkoituksista. Uusien työntekijöiden takia olisi hyvä olla jonkinlainen jatkuva koulutusjärjestelmä, joka toteutettaisiin ainakin kerran vuodessa. Myös perehdytys, jossa käydään läpi kotihoidon lääkehoidollisia käytäntöjä, olisi hyvä saada uusille työntekijöille. Pitkään työssä olleille lääkehoidon kertaus ei olisi myöskään pahasta, sillä markkinoille tulee jatkuvasti uusia kauppanimiä, joita saattaa ilmaantua uusien asiakkaiden lääkekortteihin. (E. Helin & J. Mattila, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009; L. Jalo, henkilökohtainen tiedonanto 28.7.2009.)

3 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

Turvallisen lääkehoidon -oppaassa on eritelty kymmenen turvallisen lääkehoidon osa-aluetta. Nämä osa-alueet ovat: lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Läkehoidon sisällön ja toimintatapojen osalta lääkehoitosuunnitelmassa määritellään yksikön lääkehoidon vaativuustaso, riskitekijät ja ongelmakohtat, oman toiminnan ydinalueet ja kehittämiskohteet sekä kuvataan lääkehoitoprosessi. Lääkehuollon täydennyskoulutuksen ja perehdytyksen toteutuminen määritellään lääkehoitosuunnitelman toisessa osa-alueessa. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako sisältää tietoa lääkehoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden koulutustason vaatimasta lääkehoidosta. Lupakäytännöissä käsitellään periaatteet, joiden mukaan määritellään kaikkien ammattiryhmien oikeudet toteuttaa lääkehoitoa. (Ritmala-Castrén 2006.)

Lääkehuollon keskeiset osa-alueet ovat: lääkevalikoima, lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen ja hävittäminen. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen pitävät sisällään tarkastukseen, jakamiseen ja annosteluun liittyviä asioita. Potilaiden informoinnilla ja neuvonnalla pyritään ottamaan potilas mukaan omaan lääkehoitoon. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi keskittyy lääkehoidon toivottujen vaikutusten sekä odotettavien sivu-, haitta- ja yhteisvaikutusten seurantaan. Seuranta- ja palautejärjestelmä sisältää poikkeamista raportoimisen toimintamallin ja lääkehoidon arvioinnin säännöllisen seurannan mallin. (Ritmala-Castrén 2006.)

3.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Turvallisen lääkehoidon -oppaassa sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan ensimmäisessä osa-alueessa määritellään lääkehoidon sisältö, toteuttamistavat ja menetelmät. Toimintayksikön kulmakivi lääkehoidon kehittämiseksi on yksilön oman toiminnan aktiivinen tarkkailu, jossa hän tunnistaa riskitekijät ja ongelmakohdat. Suunnitelmavaiheessa otetaan huomioon että lääkehoitoa toteutetaan pääasiassa lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattilaisten toimesta ja vastuulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Terveydenhuollon ammattilaisiksi luokitellaan Valviran hyväksymät rekisteröidyt sairaanhoitajat sekä nimikesuojatut perus- ja lähihoitajat (Valvira 2010). Se, miten vaativaa on yksikössä toteutettava lääkehoito, määrittelee siellä toteutettavan lääkehoitosuunnitelman laajuuden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Lääkehoidon sisältöä ja toimintatapoja määritellään edelleen viiden osa-alueen kautta. Näihin osa-alueisiin kuuluvat yksikön lääkehoidon vaatavuustason määrittäminen, yksikön lääkehoidon toimintatapojen määrittäminen, lääkehoidon riskitekijöiden ja ongelmakohtien määrittäminen, lääkehoidon ydinalueiden tunnistaminen ja kehittäminen ja lääkehoidon vaiheiden kuvaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehoidolla ja lääkehoidon toteuttamisella tarkoitetaan potilaaseen kohdistuvaa hoitoa, jossa lääkehoitoa toteuttava henkilö huolehtii ja on vastuussa potilaan lääkkeisiin liittyvässä hoidossa ja kantaa myös vastuun seurauksista. Lääkkeisiin kohdistuvan hoidon vastuu koskee reseptilääkkeitä, itsehoitolääkkeitä, vaihtoehtolääkitystä tai perinteisiä eli luonnonmukaisia lääkkeitä. Lääkehoitoa toteuttavan henkilön on arvioitava tarkkaan kunkin potilaan lääkehoidon tarve, toimittava yksilöllisten tarpeiden mukaisesti sekä tehdä henkilökohtainen lääkehoidon toteutussuunnitelma. (Cipolle, Strand & Morley 2004, 2-3.)

Lääkehoito ammatinharjoittamismuotona on kehitetty vuosien tutkimusten tuloksena ja irrotettu omaksi palakseen apteekin ammattialalta. Lääkehoito kokonaisuutena määriteltiin pian sen jälkeen kun tehtiin päätös sen sisällöstä, eli valinnasta suorittaa lääkehoitoa,

lääkkeen annostelusta ja lääkkeen vaikutuksen jälkiseurannasta. Lääkehoito suunniteltiin täydentäväksi osaksi potilaan kokonaishoitoa, jotta tämän lääkkeellisestä hoidosta saataisiin tehtyä turvallisempi ja tehokkaampi. Toisin sanoen, ennen potilaiden oireita hoidettiin lääkkeillä, mutta ei kiinnitetty huomiota lääkkeelliseen hoitoon kokonaisuutena, lääkkeen vaikuttavuuden arviointiin tai siihen, onko potilaalla todellista lääkkeen tarvetta. (Cipolle, Strand & Morley 2004, 4-5.)

Lääkehoitosuunnitelman kehittämisen tarkoituksena on ollut hoitajan ja potilaan välillä sovittujen hoitotoimenpiteiden järjestäminen niin, että haluttu tavoite tullaan saavuttamaan realistisesti. Tämä vaatii puuttumista lääkkeelliseen hoitoon ja keskittymistä siihen, ettei uusia lääkehoitotarpeita synny. Lääkehoitosuunnitelmat on kehitetty erityisesti siksi, että potilaan olisi helppoa saavuttaa asetetut tavoitteet sairauden hoidossa. (Cipolle, Strand & Morley 2004, 14-15.)

Lääkehoitosuunnitelma kehitetään yhdessä potilaan ja potilaalle hoitoa antavan hoitajan kanssa. Lääkehoitosuunnitelmassa otetaan huomioon potilaan sairaudet, ja jokaisen sairauden hoitoa varten laaditaan oma suunnitelma. Lääkehoitosuunnitelman rakentaminen pitää sisällään kolme oleellista asiaa: hoidon tavoitteiden luominen, tarvittaessa yksilöllisten toimenpiteiden huomiointi sekä seuranta-arvioinnin aikataulujen luominen. Hoidon edetessä tavoitteita voidaan muokata yksilöllisten tarpeiden ja tulevaisuuden toiveiden mukaisesti. (Cipolle, Strand & Morley 2004, 14-15.)

3.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoidon toteuttamiseen kuuluu, että lääkehoitoa toteuttava henkilöstö ymmärtää koko lääkehoidon merkityksen potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Hoitosuosituksen mukaan edellytetään potilaan hoitoa kokonaisuutena sekä potilaan ongelmien tarkoituksenmukaista hoitoa. Hoitosuosituksissa ei oteta kantaa usean sairauden samanaikaiseen hoitoon, vaan sairauksien mukaan potilasta hoidetaan eri hoitoyksiköissä. (Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008, 4441.)

Henkilöstön tulee ymmärtää lääkkeen antotarkoitus, mitä lääkettä annetaan, mikä annostus, ja mitä muuta huomioitavaa lääkkeen annossa on, kuten lääkkeen antoaika ja - tapa. Teknisen osaamisen lisäksi tarvitaan hyvin laaja-alaista tietoperustan hallintaa, mm. juridiseettisyys, farmakologia, fysiologia, patofysiologia ja lääkelaskenta. Lisäksi tarvitaan hallintaa lääkkeen käsittelyyn liittyvissä asioissa, kuten toimittamisessa, säilyttämisessä, hankinnassa ja hävittämisessä. Lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa ja potilaalle annosteltaessa on välttämätöntä ymmärtää lääkemuotojen ja lääkevalmisteiden oikeanlainen käsittely. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Perehdyttämissuunnitelmaan kirjataan työyksikköön uutena tulevan työntekijän tai opiskelijan tavoitteet, jotka lääkehoidosta tulisi hallita. Perehdytyksestä vastaava henkilö huolehtii, että työntekijällä on koulutuksen antamat valmiudet. Työyksikössä ohjataan lääkehoidon toteuttamista työyksikön asettamien vaatimusten mukaan. Perehdytys sisältää osaamisen varmistamisen, esimerkiksi lääkkeiden jakamisen valvotusti. Kun esimies on vakuuttunut työntekijän tai opiskelijan riittävästä tietotaidosta, voi hän saada oikeuden jakaa lääkkeitä. Työyksiköissä osaamista ylläpidetään järjestämällä lisäkoulutuksia sosiaali- ja terveysministeriön antamien suositusten mukaisesti. Koulutuksesta on vastuussa työyksikön esimies ja henkilöstöllä on velvollisuus osallistua järjestettäviin koulutuksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Täydennyskoulutusrekisterin ja muiden seurantajärjestelmien avulla rekisteröidään ja seurataan lisäkoulutus tarpeita ja koulutuksiin osallistumisia työyksiköissä. Seuranta voidaan myös toteuttaa laajemmilla alueilla, jolloin lääkehoidon toteuttamisesta saadaan enemmän tietoa. Lääkehoidon täydennyskoulutusrekisteriä voidaan hyödyntää myös vuosittain järjestettävissä kehityskeskusteluissa esimiehen kanssa, jolloin voidaan arvioida henkilöstön kehittymistä lääkehoidon toteuttamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehoidon osaamisvaatimuksia määritellään kuudessa osa-alueessa. Nämä ovat tehtävien edellyttämän osaamisen määrittäminen, henkilöstön osaamisen kartoittaminen ja koulutustarpeiden arviointi, toimintayksikön lääkehoitoon perehdyttäminen, osaamisen varmistaminen ja seuraaminen, osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen ja sairaanhoito- ja terveydenhuoltopiirin ylläpitämä täydennyskoulurekisteri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa käyttöönotettu säännöllinen henkilöstön täydennyskoulutus on tullut käyttöön laajalti myös muualla maassa. Opetuskoordinaattori Minna Taam-Ukkonen KYS:sta toteaa, että lähes puolet potilaan hoidossa tapahtuvista virheistä liittyy lääkehoitoon vaaratapahtuma seurannan mukaan. (Taam-Ukkonen & Saano 2009.)

Yhä haasteellisemmaksi on koettu henkilöstön riittävä koulutus ja tehokas perehdytys, jotka ovat osaavan henkilökunnan kulmakiviä. KYS onkin aloittanut kehittämään lääkehoidon koulutusmallia moniammatillisena yhteistyönä. Tämä koulutusmalli kattaa lääkehoidon osa-alueet alkaen perusteista aina syventäviin osioihin asti. Koulutus on pakollinen kaikille ja se uusitaan kolmen vuoden välein. Jokaisen täydennyskoulutetun tulee näyttää myös taitonsa käytännössä. (Taam-Ukkonen & Saano 2009.)

Taam-Ukkonen & Saano (2009) viittaa sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoidon oppaaseen (2006) jossa velvoitetaan määrittelemään lääkehoidon vastuut, velvollisuudet ja lupakäytännöt. Taam-Ukkonen korostaa, että koulutusmallista hyötyvät eniten potilaat, joille voidaan hyvän koulutuksen avulla taata turvallinen ja tehokas hoito. Työntekijä saa siitä varmuutta myös omaan lääkehoidon osaamiseen, sekä oppii tarkastelemaan toimintatapoja kriittisesti.

3.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Toimintayksikön johto, lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri, hoitotyön johtaja sekä toimintayksikön lääkehuollon vastaava ovat yhdessä vastuussa lääkehoidon suunnittelusta ja organisoinnista. Esimies on vastuussa lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilön riittävästä osaamisesta sekä lääkehoidon toteuttamiseen suotuisista olosuhteista. Ohjaus, valvonta, henkilöstöryhmien työnjako sekä yhteistyössä toteutettava lääkehoito kuuluvat myös esimiesten vastuualueeseen ja he huolehtivat, että jokainen lääkehoitoon osallistuva kykenee hyödyntämään ammattitaitoaan parhaalla mahdollisella tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkäri on vastuussa lääkehoidon kokonaisuudesta vastaamalla lääkkeiden määräyksistä, joita laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, eli sairaanhoitajat, kätilöt ja terveydenhoitajat toteuttavat ohjeiden mukaan. Yhdessä lääkärin kanssa he arvioivat hoidon tarvetta, lääkehoidon ohjausta, neuvonnan tarvetta ja vaikuttavuutta. Kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta kuitenkin kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja jokainen kantaa vastuun omasta toiminnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, eli perus- ja lähihoitajat voivat toteuttaa kokonaisvaltaista lääkehoitoa (mm. jakaa lääkkeitä annoksiksi ja lääkkeiden antaminen luonnollista tietä), sekä pistoshoitoa kun osaaminen on varmistettu, tämä osaaminen vaatii myönnetyn kirjallisen luvan. Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat vaihtaa perusliuosta sisältävän nestepussin (NaCl 0,9 %), sekä hätätilanteessa: aloittaa nestehoidon, antaa sydänpysähdyksen yhteydessä adrenaliinia, antaa suonensisäisesti plasman korvausliuosta sekä glukosiliuosta. Jokaisessa tapauksessa edellytetään, että lääkehoidon toteuttajalla on riittävä lääkehoidon osaaminen ja myönnetty kirjallinen lupa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Työntekijöiden lääkehoidon osaaminen varmistetaan riittävällä lisäkoulutuksella, joka tarkoittaa sellaista koulutusta, joka johtaa työtehtävien hallitsemiseen. Näin saavutetaan

työntekijän riittävä taso suhteessa työyksikön vaativuuden tasoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lähihoitajaksi opiskelevat suorittavat koulutuksensa mukaista lääkehoitoa vain ohjaajan valvonnassa. Ammattikorkeakoulututkintoa suorittavat sosiaali- ja terveysalan opiskelijat eli sairaanhoitajat, kätilöt ja terveydenhoitajat suorittavat lisäksi tulevaa ammattia vastaavaa vaativampaa lääkehoitoa ohjaajan välittömässä valvonnassa ja ohjauksen alaisena. Ohjauksessa noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön asettamia suosituksia. Opiskelijan osallistuminen lääkehoitoon käytännönharjoittelussa edellyttää riittävää teoreettista pohjaa sekä lääkelaskujen täydellistä hallintaa. Käytännön harjoittelussa opiskelijan tulee osoittaa osaamisensa lääkehoidossa sekä suoriutuminen opinnoissa. Opiskelijan toimiessa ammattihenkilön tehtävissä sijaisena, on esimiehen määriteltävä opiskelijan oikeudet osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Suurin osa sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutasoisista koulutusohjelmista pätevoittää laillistettuihin terveydenhuollon ammattitehtäviin. Lähihoitajan nimikesuojattuun ammattiin valmistutaan toisen asteen koulutusohjelmasta. Kummastakin koulutuksen tasosta tässä julkaisussa käsitellään vain yhtä koulutusnimikettä ja sen ammattiosaamista koulutuksen tasosta. (Ruontimo 2009, 17.)

Ammattitaito ja osaaminen sairaanhoitajakoulutuksen jälkeen on kuvattu ammattikorkeakoulu tutkintovaatimuksissa näin: sairaanhoitaja auttaa, tukee, hoitaa ja kuntouttaa eri-ikäisiä sairaita ihmisiä sekä auttaa heitä kohtaamaan sairauden, vammautumisen ja kuoleman. Sairaanhoitajan tulee toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, se kuuluu myös tutkintovaatimuksiin. Sairaanhoitajan ammatin osa-alueet määritellään lääketieteellisten erikoisalojen jaottelua noudattaen, kuten lasten ja nuorten hoitotyö, sisätauti- kirurginen hoitotyö, mielenterveys- ja päihdetyö, perioperatiivinen hoitotyö ja vanhusten hoitotyö. Osa-alueet voidaan myös määritellä toiminta-alueittain, kuten perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalihuolto ja kehitysvammahuolto. (Ruontimo 2009, 17.)

Ammattikunnan perustehtävän yhteiskunnassa ja työnperiaatteet ilmaistaan sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työn keskeisiä tavoitteita ovat väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, hyvinvoinnin tukeminen sekä turvallisuuden edellytysten luominen. Työssä korostuvat ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot sekä kyky kohdata erilaisia ihmisiä eri elämäntilanteissa ja kyky toimia heidän kanssaan yhteistyössä säädöksiin ja ammatillisiin arvoihin ja periaatteisiin sitoutuen. Eri asioiden välisinä suhteina määritellään toimintaa eettisissä ohjeissa. Eettisissä ohjeissa toimintaa arvioidaan hoitajan ja potilaan, hoitajan työn ja ammattitaidon, hoitajan ja

työtoverien, hoitajan ja ammattikunnan sekä hoitajan ja yhteiskunnan välisenä suhteena. (Ruontimo 2009, 17-18.)

Toisen asteen perustutkinto on lähihoitajan ammattitutkinto, jonka koulutusvaatimukset määritellään seuraavasti: lähihoitajan työ sisältää käytännön hoito- ja hoivatyötä, kasvatusta, kuntoutusta ja asiakaspalvelutehtäviä valitusta koulutusvaihtoehdosta riippuen. Lähihoitajan peruskoulutuskokonaisuus muodostuu yhteisistä opinnoista, jonka jälkeen suoritetaan valinnainen koulutusohjelmaosa. Yhteiset opintojaksot ovat kasvuntukeminen ja ohjaus, hoito ja huolenpito sekä kuntoutuksen tukeminen. Pakollisten opintojaksojen hyväksytysti suorittamisen jälkeen opiskelija voi valita yhdeksästä valinnaisesta koulutusohjelmasta suuntautumisen, niitä ovat asiakaspalvelu ja tietohallinto, ensihoito, kuntoutus, lasten ja nuorten hoito ja kasvatusta, mielenterveys ja päihdetyö, sairaanhoito ja huolenpito, suun terveydenhoito, vammaistyö sekä vanhustyö. (Ruontimo 2009, 18-19.)

Keskeisiksi lähihoitajan osaamisalueiksi valtakunnallisessa opetussuunnitelmassa määritellään kasvatusta, hoidon ja huolenpidon perustaitojen lisäksi ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot, kyky toimia tiimeissä ja vankka osaaminen hoito-, huolenpito- ja kasvatustehtävissä. Ammattitaitovaatimuksiin kaikissa koulutusohjelmissa kuuluvat asiakkaan perustarpeista huolehtiminen, kuten auttaa ja tukea potilasta tai asiakasta selviytymään arjen askareista ja toiminnoista, järjestää mielekästä toimintaa ja avustaa hoitotoiminnoissa. (Ruontimo 2009, 19.)

Lähihoitajan eettiset ohjeet SuPerin (2006) mukaan määrittelevät lähihoitajan perustehtäviksi toiminnan ihmisen lähellä, hänen auttamisensa ja tukemisensa jokapäiväisissä toiminnoissa hyvän elämän edellytyksien saavuttamiseksi. Lähihoitajan eettiset periaatteet voidaan tiivistää viiteen kokonaisuuteen; itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, vastuullisuus ja työyhteisön ja yhteiskunnan jäsenyyden huomioiminen. Näiden periaatteiden mukaan lähihoitajan tulisi toimia vaikeiden kysymysten ja ongelmien ratkaisussa. (Ruontimo 2009, 19-20.)

Lääkärin tehtäviin kuuluu diagnoosin tekeminen sekä lääkkeitä ja hoidosta päättäminen. Lääkäri tekee paljon yhteistyötä sairaanhoitajan kanssa, ja tämän on katsottu Lääkäriliitossa olevan toimiva työnjakomalli. Sosiaali- ja terveysministeriö on ollut kuitenkin kehittämässä terveydenhuollossa työskentelevien ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja työnjakoa. Suomalaisessa terveydenhuollossa työnjako on aina ollut toimiva ja vastuunjako selkeää, tämä on perustunut vankkaan osaamiseen, paikallisiin olosuhteisiin ja hyvään yhteistyöhön. (Suomen lääkäriliitto 2006, 2900.)

Toimivan työmallin ovat esimerkiksi muodostaneet sairaanhoitaja ja lääkäri työpari. Hyvin lisäkoulutetut sairaanhoitajat ovat tehneet vastuu lääkärin kanssa hyvää yhteistyötä esimerkiksi kansansairauksien ohjauksessa ja niiden seurannassa. Sairaanhoitajista tulee olemaan pulaa työyhteisöissä tulevaisuudessa ja on tälläkin hetkellä. (Suomen lääkäriliitto 2006, 2900.)

Helsingin ja Uudenmaan lääkärin ja hoitajien välisiä työnjakokysymyksiä käytiin läpi neljässä moniammatillisessa ryhmässä, ja tämän tarkoituksena oli edistää potilaiden hoidon sujuvuutta ja jatkuvuutta. Sairaan- ja terveydenhoitajien tehtäväkuvia voidaan laajentaa kirjallisesti määrittelemällä ja järjestämällä tarvittavaa lisäkoulutusta ja -perehdytystä lähinnä koskien lääkehoitoa. (Kärkkäinen, Tuominen, Seppälä & Karvonen 2006, 2647.)

Vuonna 2002 julkaistu Kansallisen terveydenhoitoprojektin loppuraportista selviää lääkärin ja hoitajien välisen työnjaon uudelleenarvioimistarve. Tämä tulisi toteuttaa virallistamalla myönteisiä kokemuksia saaneet käytännöt. Työnjaossa on erityisesti tarkasteltu laadukasta, tehokkaampaa ja erikoistunutta palvelua. Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan korkeatasoista koulutusta ja osaamista, erityisesti yliopistosairaaloissa. (Kärkkäinen ym. 2006, 2647.)

Lähtökohtina tässä raportissa käytettiin kansainvälistä selvitystä jonka mukaan sairaanhoitajan tehtäviä on laajennettu 40 maassa. Pohjoismaissa kuitenkin lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyöstä on käytössä vain vähän tutkittua tietoa. Islannissa sekä ruotsissa sairaanhoitajan työnkuvaa on jo laajennettu. Lääkäreiden erityisoikeudet Pohjoismaissa Suomea lukuun ottamatta ovat jo lainsäädännössä hävinneet. Suomen lainsäädäntökin rajaa lääkärin tehtävät melko kapeiksi. (Kärkkäinen ym. 2006, 2647.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluviin sairaaloihin tehdyssä tutkimuksessa hoitajavastaanotto toiminnasta tavoitteena oli yhdistää kaksi eri mallia yhdeksi yhtenäiseksi malliksi sovellettavaksi kaikissa vastaanotto toimipisteissä, myös muualla kuin HUS:ssa. Haastateltuja lääkäreitä oli 17, joiden mukaan hoitajavastaanotto toiminnan kehittäminen oli sekä hyvä että huono asia lääkärin osalta. Hoitajille siirretty neuvonta parantaa potilaan hoitoa kun lääkärille jää enemmän aikaa vuorovaikutussuhteeseen. Lääkärin työtaakka pieneni, työ tehostui ja vastaanotto pysyi paremmin aikataulussa. Toisaalta lääkäreitä kuormitti sairaanhoitajien konsultointitarve vaikeahoitoisten potilaiden kohdalla, kun taas sairaanhoitajat pystyivät hoitamaan itse helppohoitoiset potilaat. (Kärkkäinen ym. 2006, 2648.)

Suonensisäiseen lääkehoitoon liittyvissä asioissa haluttiin luoda yhtenäinen käytäntö HUS-alueen sairaaloissa. Taustaksi selvitettiin alueen ammattikorkeakouluissa suoritettava opetus

ja toteutus aiheesta. Tämä vaihteli suuresti eikä vastannut käytännön hoitotyössä vaadittavia tietoja ja taitoja. Sairaaloihin laaditun yhteisen ohjeen mukaan suonensisäistä lääkehoitoa saa toteuttaa vain siihen luvan saanut henkilö, ja vaadittavissa täydennyskoulutuksissa käynyt sairaanhoitaja. Ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa olevalla opiskelijalla tulee aina olla ohjaajanaan sairaanhoitaja, jolla on lupa suorittaa suonensisäistä lääkehoitoa. Kukin toimiyksikkö on henkilökohtaisesti vastuussa hoitohenkilökunnan ammattitaidosta. (Kärkkäinen ym. 2006, 2648-2649.)

Kotihoito poikkeaa osastohoidosta, sillä se on luonteeltaan rutiininomaista sekä toimenpidekeskeistä. Moniammatillinen yhteistyö oli vähäistä ja toteutui harvoin, vaikka sitä pidettiin tärkeänä. Kotihoidon sisällä tulisi parantaa hoidon suunnittelua ja koordinoitua, jolloin työntekijät saisivat hyödynnettyä osaamistaan. Kotihoidossa on kiistatilanteita siitä, miten tehtävät lähihoitajien ja muiden työntekijöiden välillä jaetaan ja kenelle jää tehtäväksi se, mitä lähihoitaja ei tee. (Pietikäinen 2004, 18.)

Pietikäinen (2002) toteaa, että tutkimusten mukaan kotihoidossa vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä jää vähäiseksi, ja potilasta ei kuunnella tarpeeksi hoidon yhteydessä vaan kiinnitetään huomiota vain sairauden hoitoon. Paljärven ym. (2003) mukaan tutkimukset paljastavat kotihoidon työntekijöiden heikon ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen laadun. Sinervo ja Elovainio (1998) summaavat kotihoidon työn ongelmia, joita ovat kiire, ergonomiset ongelmat ja työn johtamisen ongelmat. Työntekijöiden mielestä kotihoidossa työskentely on motivoivaa, itsenäistä, melko kokonaista ja omat kyvyt tulevat hyvin käyttöön. Kiire on kuitenkin kiistelty käsitys eri kotihoitoa koskevissa tutkimuksissa.

3.4 Lupakäytännöt

Lääkehoidon lupakäytännöt ja niihin liittyvä tiedottaminen kuuluvat lääkehoitosuunnitelman määritelmään. Lupakäytäntöjen käyttöönotto ja osaamisen varmistamismenetelmät kuuluvat jokaiselle työyksikölle. Lääkehoidon luvista pidetään alueellista rekisteriä, jonka pohjalta voidaan järjestää lisäkoulutuksia ja turvata henkilöstön joustava siirtyminen työyksiköiden välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehoidon toteuttamiseen vaadittava lupa sekä terveysalan peruskoulutuksen antama pätevyys lääkehoidon toteuttamiseen on oltava jokaisella joka toteuttaa lääkehoitoa työyksikössä. Näitä pätevyys- ja valmiuksia on eritelty taulukossa 1.

Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu myös kirjata ne erityiset lääkkeet, jotka vaativat erillisen luvan tai joita voidaan antaa ilman lääkärin määräystä. Lääkehoitoon oikeuttava lupa koskee vain yhtä työyksikköä kerrallaan ja sen laajuus otetaan huomioon, sillä se voi koskea myös potilasta tai tiettyä lääkettä. Myös lääkkeiden tilaamiseen oikeuttavat luvat on huomioitava

ja lupien on oltava kaikkien nähtävillä jotta voidaan varmistaa riittävä tiedonkulku. Teoreettinen osaaminen testataan säännöllisesti järjestettävillä kirjallisilla kokeilla ja käytännön osaamisen näyttökokeella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lisäkoulutusta, näytön antamista osaamisesta ja työyksikön vastaavan lääkärin myöntämää kirjallista lupaa vaativat suonensisäinen neste- ja lääkehoito, muu vaativa lääkehoito sekä verensiirtojen toteuttaminen. Suonensisäisen lääkehoidon osaaminen varmistetaan yleensä 2-5 vuoden välein, mikä riippuu työyksikön vaatimuksista ja tarpeista. Ihonsisäiset injektiot sekä rokotukset vaativat aina myös myönnetyn kirjallisen luvan täydennyskoulutuksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lupakäytäntöjä koskevat pääkohdat on esitetty kuudessa osassa. Näitä ovat peruskoulutuksen antamat valmiudet ja niiden arviointi, työtehtävien vaativuus ja niiden edellyttämät lisätiedot ja -taidot, täydennys- tai muu lisäkoulutus, näyttö ja kirjallinen todistus, päätös tai lupa lisätehtäviä varten, lupaa edellyttävien lääkehoidon vaativuustasojen, lääkkeiden ja potilasryhmien määrittäminen ja lääkehoitoon oikeuttavan luvan voimassaolo ja uusiminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö	Perustutkintoon johtavan koulutuksen antamat valmiudet	Osaamisen varmistaminen, lisäkoulutus	Vastuu / luvan myöntäminen
Lääkehoitoon koulutettu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen, käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen - rokotteet - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraaltilaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen 	<ul style="list-style-type: none"> - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraaltilaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen, muun muassa kipupumppuun annosteltavat lääkkeet - rokotteet 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihon alle ja lihakseen 	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen - injektiot ihon alle ja lihakseen - lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen - ks. ensihoidon osalta liite 8 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon koulutusta saanut sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> - valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä - jako dosettiin potilaan kotona 	<ul style="list-style-type: none"> - injektiot ihon alle 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö		<ul style="list-style-type: none"> - valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä - injektiot ihon alle - jako dosettiin potilaan kotona 	<p>Sopimukseen perustuvaa - potilas-, lääke- ja tilannekohtainen</p> <p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Opiskelijat	<ul style="list-style-type: none"> - opiskelija velvollinen esittämään todistuksen suorittamistaan lääkeshoidon opinnoista ja niistä suoriutumisestaan 	<ul style="list-style-type: none"> - koulutuksenjärjestäjän ja harjoitteluyksikön sopimus ohjatun harjoittelun ja työssäoppimisen lääkeshoidon sisällöstä 	<ul style="list-style-type: none"> - työnantajan edustaja (esim. lääkeshoidosta vastaava tai osastonhoitaja) arvioi opiskelijan lääkeshoidon osaamisen ja siihen osallistumisen

Taulukko 1: Taulukko lääkehoitoa toteuttavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkehoitoluvista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 53)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) julkaisemassa turvallisen lääkeshoidon oppaassa käsitellään sitä, minkälaisia lupakäytänteitä tulee selvittää lääkehoitosuunnitelmassa, mm. toisen asteen tutkinnon suorittaneiden kohdalla (taulukko 1). Lääkehoitovalmiuksien

testaaminen ja lupien hankinta tulee olla kirjattuna suunnitelmassa erityisesti sijaisiksi tulevien osalta, ja opiskelijoiden kohdalla suoritettut teoriaopinnot ja opintopistemäärät tulee myös selvittää suunnitelmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehoidon lupakäytännöt ja niihin liittyvä tiedottaminen kuuluvat lääkehoitosuunnitelman määritelmään. lupakäytäntöjen käyttöönotto ja osaamisen varmistamismenetelmät kuuluvat jokaiselle työyksikölle. Luvista pidetään alueellista rekisteriä, jonka pohjalta voidaan järjestää lisäkoulutuksia ja turvata henkilöstön joustava siirtyminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Mattilan ja Isolan (2002) tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajan lupakäytänteistä tarkoituksena oli kerätä tietoa lääkehoidon lupakäytännöistä eri sairaanhoitopiireissä. Tutkimusongelma keskittyi lupakäytänteisiin liittyen ammattihenkilöiden oikeuksiin antaa lääkkeitä mm. infuusiona ja injektiona sekä toteuttaa verensiirtoja. Tutkimukseen osallistui 57 osastonhoitajaa. Suurin osa vastaajista ilmoitti, että lääkkeiden antaminen oli ohjeistettu sairaalassa, ja kirjallinen lupa oli käytössä lähes kaikissa paikoissa (n. 95 %). Lupakäytänteitä esiintyi pääasiassa kahdella tavalla: jokaisesta luvasta oli erillinen paperi tai kaikki luvat oli merkitty samaan paperiin.

Tutkimuksen mukaan lupaan edellytettiin luento- tai luentosarjaan osallistuminen, lähes puolissa (47 %) tutkituista yksiköistä järjestettiin luentoja. Luentosarjoissa käsiteltiin mm. lääkehoitoa käsitteleviä ohjeita, nesteensiirron toteutusta ja seuranta- sekä suonensisäistä lääkehoitoa ja lääkehuoltoa. Myös verensiirtoja käsiteltiin laajasti luennoilla. (Mattila & Isola 2002, 3886.)

Vastaajista 68 %:a olivat tyytyväisiä nykyiseen erikoislääkehoitoa käsittelevään järjestelmään. Tyytymättömyimpiä vastaajia olivat sisätautien ja kirurgisten vuodeosastojen osastonhoitajat. Kehittämisalueiksi ehdotettiin seuraavia: lupakäytännön yhtenäisyys, opiskelijoiden osallistuminen lääkehoitoon, lääkkeenanto luvat ja niiden myöntäminen sekä lääkehoidon osaaminen ja koulutus. (Mattila & Isola 2002, 3886.)

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee esitystä jonka mukaan Valvira eli Terveystieteiden tutkimuskeskus myöntäisi rajoitetut reseptikirjoitusoikeudet kokeneille sairaan- ja terveydenhoitajille, joille olisi tarkoitus järjestää myös lisäkoulutusta. Läheteiden kirjoitusoikeutta suunnitellaan myös sairaan- ja terveydenhoitajille. Perusteluna ministeriössä oli terveydenhuollon työnjaon kehittäminen ja tämän hetkiseen suureen ongelmaan, lääkäripulaan vedoten. Huolissaan ollaan siitä, miten uudistus vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja onko tarvetta puuttua lääkärin rajattuihin oikeuksiin, todetaan lääkäriiitosta. Ruotsissa sairaanhoitajien reseptikirjoitusoikeus rajoittuu yhteen antibioottiin eli V-penisilliiniin.

Ministeriön mielestä hoitajille myönnetty läheteiden kirjoitusoikeus on turha, sillä se kuuluu osana lääkärin suunnittelemaan tutkimus- ja diagnostiikkaprosessiin. (Sariola 2008, 1146-1147.)

3.5 Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta

Lääkehoitosuunnitelmassa lääkehuollon keskeiset osa-alueet ovat lääkevalikoiman sekä lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen ja hävittäminen. Lääkehuolto toimii lääkehoitosuunnitelman viitoittajana ohjauksessa, neuvonnassa ja lääkeinformaation lähteenä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Farmaseuttiset ammattihenkilöt toimivat apuna lääkekaapin ja lääkevalikoiman tarkastamisessa, heidän toimestaan varmistetaan lääkkeen saatavuus ja tehostetaan vanhojen lääkkeiden seulontaa ja kierrätystä. On työyksikölle eduksi sekä kustannusedullisempaa, mikäli työyksikössä on hoitosuositukset tunteva lääkealan ammattihenkilö joka määrittelee työyksikön peruslääkevalikoiman. Tärkeimpiä kriteerejä peruslääkevalikoiman valitsemisessa ovat lääketurvallisuus ja lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkkeet tilataan niitä tarjoavalta tai myyvältä yksiköltä, kuten sairaala-apteekki, lääkekeskus tai avohuollon apteekki. Erityistä huomiota vaativat lääkkeet voidaan toimittaa suoraan haluttuun yksikköön sairaala-apteekin tai muun vastaavan laatimien toimintaohjeiden mukaisesti. Lääkkeet tilataan osastolle kirjallisesti, sähköisesti tai faksin avulla. Suullisesti annetun lääketilauksen lisäksi tulee tehdä kirjallinen vahvistus. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla määriteltynä se, kuka terveydenhuollon ammattihenkilö voi tilata peruslääkevalikoimaan kuuluvia lääkkeitä osastolle. Mikäli tilataan lääkkeitä peruslääkevalikoiman ulkopuolelta, tulee siitä olla lääkärin vahvistus. Myös huumausaineita tai alkoholia, joita voi tilata vain kirjallisesti, koskevassa lääketilauksessa tulee olla lääkärin vahvistus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääke tulee olla mahdollisimman pitkälle käyttökuntoon saatettuna jo ennen työyksikköön saapumista. Mikäli lääke saatetaan käyttökuntoon muualla, kuten osastolla tai potilaan kotona, tulee sen kanssa noudattaa erikseen lääkkeen lähettäjän antamia kirjallisia ohjeita. Lääke tulee saattaa käyttökuntoon sille erikseen varatussa tilassa ja oikeita toimintatapoja, asianmukaisia säilytystapoja sekä lääkkeen valmistajan ohjeita on noudatettava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkkeitä tulisi seuloa tarpeeksi usein, jotta vanhentuneet lääkkeet voidaan välittömästi poistaa varastosta. Kaikki lääkkeet ovat ongelmajätettä, ja oikeat ohjeet niiden käsittelylle laativat kunnat. Kaikki käyttöön sopimattomat lääkkeet lähetetään apteekkiin tai lääkekeskukseen, jossa ne hävitetään. Lääkkeitä tulee säilyttää erillisenä kaikista muista tuotteista ja välineistä, aina lukitussa tilassa, joka on myös riittävän suuri ja tähän tarkoitukseen asianmukainen. Lääkehuoneen valvonta tulee olla riittävän tehokasta, ja avaimet järjestettävä niin, että asiattomat eivät pääse kulkemaan lääkehuoneeseen. Erityisesti huomioidaan mahdollisesti väärinkäytettävien lääkkeiden säilytykseen ja turvaamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehuoltoa koskevia ydinasioita on seitsemän. Lääkevalikoima: peruslääkevalikoima, lääkkeiden tilaaminen ja toimittaminen, lääkkeiden säilyttäminen, siihen tarvittavat tilat ja olosuhdeseuranta, lääkkeiden valmistaminen ja käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden palauttaminen ja hävittäminen, farmaseuttinen informaatio ja farmaseuttinen ohjaus ja neuvonta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

3.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeet jaetaan kirjallisen lääkemääräyksen mukaisesti. Lääkkeet jaetaan sopivissa tiloissa, jossa työympäristön tulee olla rauhallinen, ja joka parantaa osaltaan lääkkeenjaon virheettömyyttä sekä potilasturvallisuutta. Kaksoistarkastus vähentää jakamisessa tapahtuvia virheitä. Lääkkeet tulee säilyttää lukitussa tilassa ja ne tulee merkitä niin, että lääkkeen jakamisessa ei tapahdu sekaantumista. Lääkehoitosuunnitelmassa huomioidaan myös verensiirtojen turvallinen toteuttaminen. Verivalmisteet tarkistetaan myös kahden eri ammattihenkilön toimesta. Lääkehoidon varmistamisesta, kuten potilaan nimen ja tarkoitetun lääkkeenantoajan merkitseminen, tulee olla huomioitu lääkehoitosuunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkkeiden jakamista ja antamista koskevia keskeisiä osa-alueita on yhdeksän: alkuperäisen kirjallisen/sähköisen lääkemääräyksen mukaisesti, asianmukaiset tilat ja olosuhteet lääkkeitä jaettaessa, kaksoistarkistus lääkkeiden jakamisessa, potilaskohtainen koneellinen annosjakelu, jaettujen lääkkeiden säilyttäminen ja tilat, potilaskohtaisen annoksen merkitseminen, annostelun varmistaminen lääkkeitä annettaessa, potilaan identifiointi lääkkeitä annettaessa ja lääkkeen vaikutuksen seuranta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

3.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Lääkehoitosuunnitelmassa potilaalle ohjeistetaan kirjallisesti ja suullisesti esimerkiksi lääkehoitoa koskevat ohjeet. Lääkehoitoa toteuttamiseen oikeutetut henkilöt tukevat ja

neuvovat potilasta lääkehoito prosessin joka vaiheessa tällä tavoin potilas saa paremman mahdollisuuden olla aktiivisena osana oman lääkehoitonsa suunnittelemisessa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Erityisen tärkeää on antaa potilaalle ohjeet ymmärrettävästi ja selkeästi, näin tuetaan potilaan sitoutumista omaan hoitoon. Potilaalle tulee aina tiedottaa hänen lääkehoidossaan tapahtuneista merkittävistä muutoksista, poikkeamista ja mahdollista haittavaikutuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Järvi (2008) raportoi Kuopion yliopiston dosentti Markku Myllykankaan ja Lääketeollisuus ry:n toimitusjohtaja Suvi-Anne Siimeksen väittelystä lääkeinformaation julkaisuista potilaan tiedoksi. Myllykangas kyseenalaisti kärkkailla mielipiteillään Lääketeollisuus ry:n toimintaa ja liikeidea sekä uskoi, että sen potilaalle tuottama tieto ei tule olemaan hyödyksi niin kuin sen on suunniteltu. Siimeksen vastaus tähän oli vetoaminen potilaiden hoitoon sitoutumiseen ja hyvään potilas - lääkärisuhteeseen, ja uskoi että potilasinformaatio edistäisi näitä asioita. (Järvi 2008, 3974.)

Myllykankaan mielestä koko konsepti on vain uusi tapa tehdä voittoa välittämättä siitä kuka pystyy tietoa hyödyntämään. Siimeksen ympäröivät vastaukset puolustivat edelleen hyötyä potilaiden kannalta. Artikkelissa ei kerrottu lopputulosta, mutta Suomen valtion yleinen kanta on se, että lääketeollisuudelle ei pitäisi antaa lupaa kertoa lääkkeitä suoraan potilaille. (Järvi 2008, 3974.)

Kuopion lääkeinformaatiokeskus vastaa PVK -lääkkeitä ja huumausaineita koskeviin kysymyksiin. Keskushermostoon vaikuttavia sekä huumausaineita sisältäviä lääkkeitä käyttää pääasiallisesti joka kymmenes suomalainen. Tutkimuksen tarkoitus oli analysoida kysymyksiä, kuten mistä asioista näiden lääkkeiden käyttäjät, määrääjät ja toimittajat tarvitsevat lisäkoulutusta. Aineistona käytettiin 18 kuukauden aikana lääkeinformaatiokeskukseen tulleita 1463:a kysymystä jotka koskivat PVK -lääkkeitä ja huumausaineita. (Veijola, Laitinen, Kröger & Kokki 2007, 1047.)

Lääkkeiden käyttäjiä kysyjistä oli 61 %, neljä viidestä oli 16–65 - vuotiaita joista 69 % oli naisia. Yhteisvaikutuksista, annoksista ja antotavasta sekä lääkkeen käytöstä ja haitta vaikutuksista kysyttiin eniten. Suurin osa yhteisvaikutusten huolista oli aiheettomia. 79 kysymystä esitettiin riippuvuudesta ja toleranssista, joka oli jo muodostunut useille kysyjistä. Tietoja haluttiin eniten mm. tramadolista ja kodeiinista. (Veijola, Laitinen, Kröger & Kokki 2007, 1047.)

3.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoidon tarkoituksen mukaisuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan toimintayksikössä lääkehoitosuunnitelman määritelmän mukaan. Arviointi sisältää toivottujen vaikutusten, sivuvaikutusten ja mahdollisten yhteisvaikutusten arviointia ja seuranta. Lääkkeenantajan tulee aina tietää lääkkeestä koituvat mahdolliset vaikutukset, joita seurataan. Näitä vaikutuksia kirjataan ja raportoidaan. Lääkehoitosuunnitelma määrittelee myös sellaiset erityistilanteet, joista tulee konsultoida työyksikön vastaavaa lääkäriä esimerkiksi, jos potilas saa väärän lääkkeen. Lääkäri arvioi säännöllisesti lääkehoidon tarpeen mukaan, tuleeko hoitoa muuttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointia koskevia ydinalueita on kahdeksan. Näitä ovat lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus, toivotut hyödyt ja myönteiset vaikutukset, sivu- ja haittavaikutukset, yhteisvaikutukset, päällekkäisyydet, vaikutusten seuranta, toiminta väärä lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen ja säännöllinen lääkityksen kokonaisarviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

lääkkäiden lääkitystä seurataan säännöllisesti mikä on oleellinen osa kokonaishoitoa. Uuden lääkkeen aloittamisessa on huomioitava sen yhteensopivuus kokonaislääkityksen kanssa. Säännöllisen tarkastamisen rooli korostuu sitä enemmän, mitä enemmän potilaalla on lääkkeitä käytössä tai niiden indikaatiot ovat epäselviä. Lääkehoidossa tehtävät muutokset on tapahduttava asteittain sopivan hoitovasteen löytämiseksi. Väestön vanhetessa lääkehoidon ongelmat tulevat enemmän esille, sillä nykyään hoitokäytänteissä korostetaan enemmän ennaltaehkäisevää hoitoa. (Hartikainen & Seppälä 2008, 4762.)

Monilääkityksen osuus iäkkäiden hoidossa kasvaa, sillä yhä enemmän hoidetaan iäkkäiden sairauksia usean lääkkeen yhdistelmällä, jolloin vanhusten käytössä olevien lääkkeiden määrä nousee. Tällä voi olla kasvanut haittavaikutusten riski sekä epätarkoituksenmukainen lääkityksen käyttö. (Hartikainen & Seppälä 2008, 4762.)

lääkkäiden lääkehoidon kulmakiviä on perusteellinen kliininen taudinkuvan selvittäminen ja tutkiminen kokonaisvaltaisesti, ei vain yhden sairauden tai lääkkeen perusteella. Lisäksi on huomioitava iäkkäällä jo käytössä oleva lääkitys ja mahdollinen uuden lääkityksen yhteensopivuus. Jatkohoitoon siirtyessä tai kotiutuessa lääkärin tulee tarkistaa lääkitys ja tasapainottaa sairaalahoidon aikana mahdollisesti kasvanutta lääkityksen määrää. (Hartikainen & Seppälä 2008, 4762.)

3.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Keskeinen osa lääkehoidon kirjaamisprosessia on kirjaamisen toteutuminen, jossa noudatetaan kirjaamisesta annettuja säädöksiä, joka on määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Huomiota kiinnitetään kunkin työyksikön kirjaamiskäytänteisiin ja niiden luomiseen. Tärkeää on myös, että lääkärille raportoidessa tulee kaikki merkinnät huolehtia asiakirjoihin tarkasti, myös lääkehoidon arviointi ja verensiirron vaikutus. Lääkehoidon jatkuvuutta tarkastellaan lääkehoitosuunnitelmassa ja joustava tiedonsiirto tietosuojakysymyksineen huomioidaan huolellisesti. Erityisesti ne toimintatavat, joilla potilaan lääkityksestä aiheutuneet ongelmat saadaan minimoitua ja vältettyä huomioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Vuonna 1999 Yhdysvalloissa julkaistussa raportissa todettiin hoitovirheiden yleisyys: kuolemaan johtaneita, lääkkeen jakamisessa tapahtuneita virheitä tapahtui 7000. Raportissa korostettiin, että syyllistäminen yksittäistä henkilöä kohtaan ei auta, vaan yhteisössä ongelma tulisi käsitellä avoimessa ilmapiirissä. Raportissa määritellään hoitovirhe hoitohenkilökuntaan kuuluvan henkilön selvänä virheellisenä menettelynä. Raportissa korostetaan, että virhe voi sattua missä kohdassa hoitoprosessia tahansa. Hoitovirhe voi ulottua laajalle ja näkyä muun muassa käytöksessä, kommunikaatiossa, laboratoriotoiminnassa tai hoitovälineistössä. (Koivunen, Kankkunen & Suominen 2007, 10.)

Raportissa määritellään ilmaisu ”haitallinen tapahtuma” potilaalle aiheutuneeksi haitalliseksi seuraamukseksi, esimerkiksi huonoksi kokemukseksi. Sen ei välttämättä tarvitse olla fyysinen kokemus voinnin suhteen. Raportissa mainitaan myös läheltä piti -tilanteet, joka on tapahtuma, joka on saatu estetyksi ennen varsinaisen haitan tapahtumista. (Koivunen ym. 2007, 10.)

3.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Hoitoyksiköissä käytettävät seurantalomakkeet ovat tukena yksikön toiminnan kehittämiseksi. Hoidossa tapahtumista muutoksista tai poikkeamista tulee ilmoittaa lomakkeen avulla. Yksikkö tasolla niitä seurataan säännöllisesti, ja niiden käsittely on keskeinen osa lääkehoitosuunnitelmaa. Tulevaisuudessa poikkeamista ilmoittaminen tapahtuu sähköisesti. Tärkeää kehittymisen kannalta on virheistä oppiminen ja palautteen hyödyntäminen. Organisaation tulisi olla avoin ja rakentava, jotta poikkeama raportointi toimisi edellytysten mukaan. Suunnitelmassa tulee olla myös ohjeistus poikkeamien ilmoittamisesta potilaalle, mikäli se aiheuttaa seuraamuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Seuranta- ja palautejärjestelmää koskevia ydinkohtia on kuusi: poikkeamista ilmoittaminen ja niiden kirjaaminen, poikkeamista ilmoittaminen potilaalle, poikkeamien raportointijärjestelmä, poikkeamien seuranta ja käsittely, palautteen hyödyntäminen ja poikkeamista oppiminen ja toimintatapojen muuttaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Vaasan keskussairaalassa otettiin toukokuussa 2007 käyttöön Internet -pohjainen vaaratapahtumien rekisteröinti järjestelmä. Järjestelmän käyttöönoton ydin asioina pidettiin tiedottamista, kouluttamista ja tukemista. Teemana tälle oli potilasturvallisuuden kehittäminen. toteutus tapahtui käsittelijäpari - periaatteella, jossa osastonhoitaja ja yksikön lääkäri analysoivat ilmoituksia. Tulosalueen ylihoitajilla ja sairaanhoitopiirin johtoryhmällä oli myös oikeus seurata ilmoituksia. Järjestelmän käyttöönotto on kehittänyt kommunikaatiota ja vuorovaikutusta eri toimijoiden välillä. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008, 3785-3786.)

Keskimäärin ilmoituksia tehtiin 123 kappaletta kuukaudessa. Suurin osa tekijöistä oli sairaanhoitajia. Vain vähän yli puolet koskivat läheltä piti -tilanteita, ja loput haittatapahtumia. Eniten ilmoituksia tehtiin lääkehoitoon ja nesteytykseen liittyen jako-, anto-, kirjaamis- ja määräysvirheisiin. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008, 3786.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on tiedonkeruun muoto, jota voi luonnehtia keskustelutyypiksi, tutkijan ehdoilla tapahtuvaksi haastatteluksi. Pääasiassa tutkija johtaa keskustelun kulkua ja tämän aikana tapahtuvaa vuorovaikutusta. (Aaltola & Valli 2001, 24.) Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto. Haastattelu ei siis etene yksityiskohtaisten kysymysten mukaan vaan väljemmin suunniteltujen teemojen kautta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Teemahaastattelussa aineisto on puheesta kirjoitettua tekstiä, jossa haastattelujen määrä on niin pieni, että on tärkeää kiinnittää huomiota haastateltavien valintaa (Tilastotietokeskus).

Teemat, joita teemahaastattelussa tuodaan esiin, ovat etukäteen pohdittu ja määritelty. Asioiden käsittelyjärjestys määräytyy yleensä luontevasta keskustelu järjestyksestä. Kuitenkin tutkimusongelman käsittely saattaa vaatia sen, että asiat käsitellään määrätysjärjestyksessä. (Tilastotietokeskus.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumuoto, sillä siinä tutustutaan aikaisemmin tutkimuksiin ja teemoittain valmistellut aihepiirit ovat haastateltaville samat (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48). Haastateltavien vapaalle puheelle

pyritään antamaan tilaa, mutta haastattelun teemat pyritään käymään läpi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Teemahaastattelu on eräänlainen vuorovaikutustilanne, jolla on etukäteen päätetty tarkoitus. Tämä ei siis ole tavallista keskustelua. Tärkeää teemahaastattelun pitämisessä on se, että haastattelun rakenne pysyy täysin haastattelijan hallinnassa. Etuna teemahaastattelussa on se, että aineisto koostuu täysin haastateltavan henkilön kokemuksista. Haastattelijan etukäteen laatimat teemat rajaavat aineiston tutkimusongelmaan. (Tilastotietokeskus; Hirsjärvi & Hurme 2009, 47.)

Ongelmana teemahaastattelussa voi olla se, että haastateltava henkilö alkaa johdatella haastattelun kulkua. Tällöin haastattelun aineisto ei ole riittävä eikä vertailukelpoinen teemarakenteeksi. Tulkintojen tekeminen on ongelmallisinta vaihe laadullisessa tutkimuksessa, koska teemahaastattelusta saatu aineisto on usein sekava kokonaisuus puhetta. Tämän vuoksi tutkijan on melko vaikea jäsentellä tekstiä ja muodostaa siitä päätelmiä, jotka vastaavat vastaajien puheita ja kokemuksia, eikä perustu vain tutkijan tekemiin päätelmiin ja jäsentelyyn. (Tilastotietokeskus.)

4.2 Juurruttaminen

Kehittämistoiminnassa käytetään menetelmänä juurruttamista, joka osaamisen kehittäjänä on kokonaisuudessaan oppimisprosessi. Ahosen, Ora-Hyytiäisen ja Silvennoisen (2005) mukaan juurruttaminen on ollut suosittu työkalu mm. organisaatioiden (Nonaka & Takeuchi 1995) ja sosiaali- ja terveydenhuollon (Kivisaari 2001) kehittämisessä. Juurruttamisen keskeisiä käsitteitä ovat vuorovaikutus ja kehittämistoiminnan ympäristö. Yhteistyö ja vuorovaikutus toimijoiden kesken edistävät tiedon käsittelyä ja käyttöönottoa sekä prosessin etenemistä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

Juuruttamisen avulla kehitettävästä kohteesta tuotetaan sitä koskevaa uutta tietoa, josta voidaan luoda innovaatio. Tässä työkaluna tarvitaan BA:ta (kts.4.3). (Ahonen ym. 2007, 27-30; Ahonen ym. 2005, 4-7.) Koko prosessin ajan tarvitaan jatkuvaa keskustelua eli vuorovaikutusta työyhteisön kesken, jotta toteutettavasta muutoksesta voidaan tehdä realistinen, käytännössä toimiva malli. Eriävät mielipiteet vuorovaikutustilanteissa ovat myös tärkeitä, sillä näin saadaan erilaisia näkökulmia ja lähtökohdaltaan muutosprosessi on laajempi sen sisältäessä enemmän mielipiteitä. Yksilötasolla oman toiminnan tarkasteleminen ja itsekritiikki sekä yhteisötasolla yleinen vuorovaikutus antavat mahdollisuuden yhdistää yksilön hiljainen tieto yhteisötason tietoon sekä tutkittuun tietoon. (Nonaka & Takeuchi 1995, 13-14.)

Ahosen, Ora-Hyytiäisen ja Silvennoisen (2005, 2006) mukaan juurruttamisessa käytettävää tietoa on kahta erilaista; hiljaista tietoa ja teoreettista, tutkittua tietoa. Hiljainen tieto ei ole välttämättä muutettavissa kirjoitetuksi tiedoksi, vaan näkyvään muotoon muuttamiseksi sitä kuvataan myös numeroin ja symbolein. Näiden kahden tiedon vuorovaikutukseen ja niiden avulla tuotettuun uuteen tietoon juurruttaminen perustuu.

4.3 BA

Kehittämistoiminnassa uutta toimintaa luodessa juurruttamismenetelmän avulla, tätä luomisen tilaa tai tilannetta kutsutaan BA:ksi. Vuorovaikutusten luomiseen BA on ensisijainen työväline, sillä siinä innovatiivisuus lisääntyy ja päätöksenteko korostuu. Ba luo ympäristön vuorovaikutukselle ja mahdollistaa sekä hiljaisen että näkyvän tiedon käsittelyn uutta tietoa luodessa. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 185; Ora-Hyytiäinen 2006, 14; Taitoba 2006; Nonaka & Konno 1998, 40.)

Johtajuus työyhteisössä on tärkeässä roolissa kehittämishankkeessa. Johtaja vastaa kehittämistoiminnan onnistumisesta luomalla edellytykset innovatiivisen työympäristön luomiselle. Muutosprosessin tukeminen ja työyhteisön kannustaminen kehittämistoimintaan on yksi työyhteisön johtajan rooleista. Muutoksen edistämiseksi vuorovaikutuksen tulisi olla työyhteisöä sitova yhteinen tekijä. Tämä motivoi työntekijöitä edistämään muutosprosessia. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14-15; Taitoba 2006.)

Aikataulutuksen, tavoitteiden ja toteutuksen mahdollistamiseksi koko työyhteisön tulisi olla aktiivisesti alusta asti mukana. Tietoa tulisi jakaa ja välittää, jotta mahdollistetaan uuden toimintatavan synty. Kirjallisesti, suullisesti tai sähköisesti välitetyn tiedon tulisi olla koko työyhteisön tavoitettavissa ja sen tulisi olla työyhteisöä kiinnostavaa ja innostavaa. (Ora-Hyytiäinen 2006, 15.)

Työyhteisön ammatillista kasvua tukevat myönteinen asenne sekä tietoinen halu kehittää omaa osaamistaan ja osallistua kehittämistoimintaan. Muutostyö luo oppimistilanteita, mutta haasteellisuus aiheuttaa epävarmuutta. Oppimisprosessissa luottamus ja välittäminen työyhteisön kesken auttavat luomaan uutta. Uusien BA innovatiivisten toimintamallien juurruttaminen osaksi päivittäistä toimintaa on pitkäjänteinen prosessi, jota ilman ei synny tarvittavaa uutta osaamista. (Ora-Hyytiäinen 2006, 17.)

4.4 Juurruttamisprosessi

Kuviossa 1 kuvataan juurruttamisen prosessia. Kuviossa lähdetään etenemään keskikohdasta, jossa on työprosessi, joka tarkoittaa tässä tapauksessa Turvallisen lääkehoidon hanketta 3, lääkehoitosuunnitelman kehittämistä ja uuden toimintamallin luomista. Hankkeen edellisessä osassa, Turvallisen lääkehoidon hanke 2:ssa tehtiin edellisen työryhmän kanssa työyhteisöissä nykytilan kuvaus, jolloin työyhteisöt ovat määritelleet kehitettävät kohteet. Tällä tavoin työyhteisöt ovat tuoneet hiljaista tietoa yksilö- ja yhteisötasolla näkyvään muotoon. Työprosessiin liittyy myös uuden toimintamallin ja sen luomiseen liittyvien innovaatioiden juurruttaminen työyhteisöön osaksi jokapäiväistä toimintaa.

Vuorovaikutuksessa toimivat työyhteisössä yksilötasolla kaikki työyhteisön jäsenet sekä opiskelijaosapuolet. Yksilöt tuovat esille työyhteisössä hiljaisen, kokemuksellisen tiedon. Prosessin onnistumisen kannalta sen kummallakin osapuolella, sekä työyhteisöllä että kehittämistyöhön osallistuvilla opiskelijoilla on omat tavoitteet ja tarkoituksensa. Kehittämishankkeen osapuolilla on kuitenkin myös yhteiset tavoitteet, jotka ovat lääkehoidon turvallisuuden edistäminen, asiakkaan lääkehoidon turvallinen toteutus sekä henkilökunnan osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen lääkehoidon täydennyskoulutuksilla. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

Juuruttamisen prosessissa kulkee vuorovaikutus tärkeänä työkaluna työryhmän osapuolten välillä. Siinä ovat tärkeänä osana myös johtajuus ja yhteisöllisyys. Tässä hankkeessa johtajuus kohdistuu kotihoidon esimieheen, jonka tulisi antaa työyhteisölle aikaa ja mahdollisuus osallistua ja toteuttaa kehittämishanketta. Esimiehen sitoutumisesta työyhteisössä tehtävään muutostyöhön kertoo myös tämän positiivinen asenne ja myönteinen suhtautuminen, mikä edesauttaa muutoksen toteutumista ja sen yleistä hyväksyntää työyhteisön sisällä. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

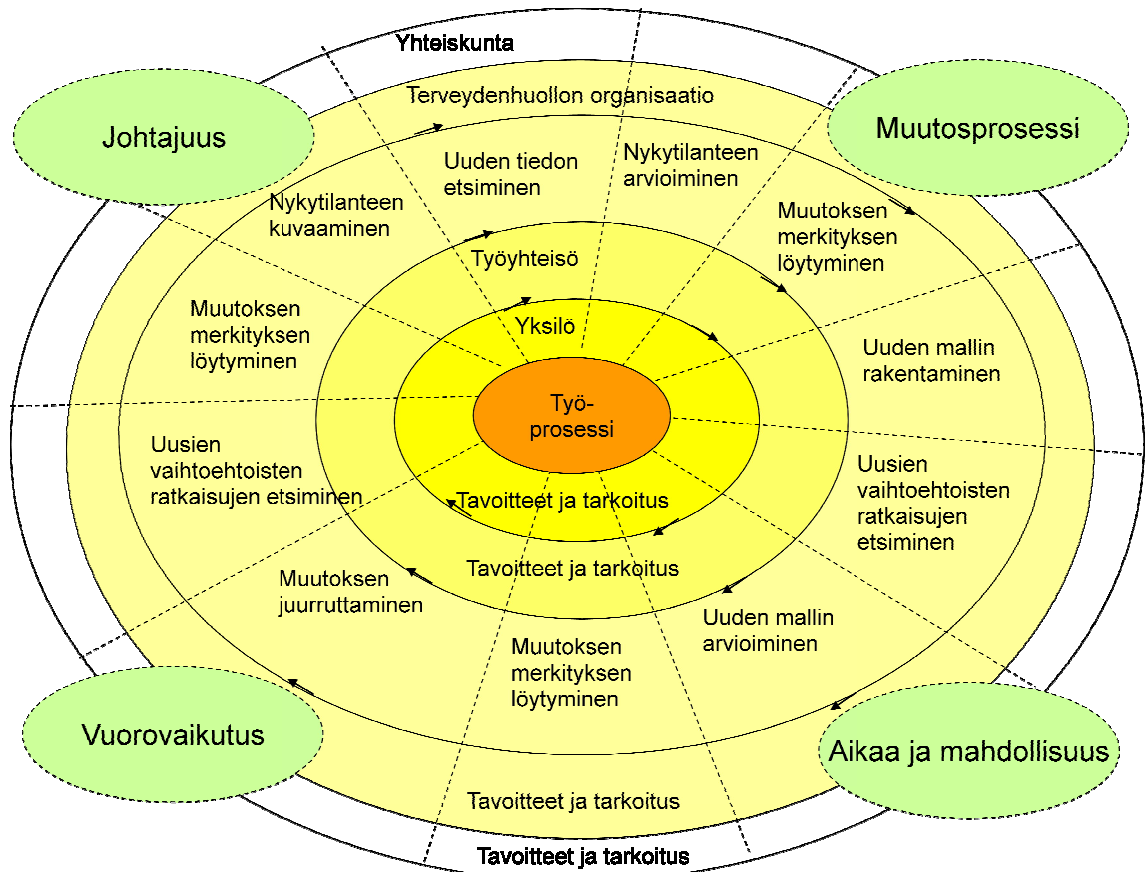
Uuden toimintamallin juurruttaminen työyhteisöön toteutetaan vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa (kts. kuvio 1: ”Nykytilanteen kuvaaminen”), työyhteisön sisällä olevaa hiljaista tietoa kuvataan näkyväksi. Tässä vaiheessa pyritään rajaamaan kehitettävät kohteet. Tieto muutetaan teoreettiselle tasolle ja luodaan nykytilan kuvaus. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4-7; Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 27-30; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 18.) Tämä vaihe toteutettiin edellisessä työryhmässä, Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeessa, jolloin kotihoidon henkilökuntaa haastateltiin ja haastatteluiden saadut tiedot kirjoitettiin tekstiksi.

Toisessa vaiheessa (kts. Kuvio 1: ”Nykytilanteen arvioiminen”) selvitetään kehitettävän kohteen, tässä tapauksessa kotihoidon lääkehoidon, nykytila. Tämä voidaan toteuttaa haastatteleamalla työyhteisön jäseniä. Kehittämistoimintaan osallistujien on seuraavaksi verrattava kerättyä tietoa tutkittuun teoreettiseen tietoon. Tämän pohjalta luodaan

työyhteisön nykytilan kuvaus ja esitellään se työyhteisölle. Nykytilan kuvaus jätetään työyhteisöön arvioitavaksi ja muokattavaksi, jolloin he saavat tehdä siitä enemmän omaa käytäntöään kuvaavan kokonaisuuden. Tässä vaiheessa mahdollistetaan koko työyhteisön sitoutuminen muutosprosessiin. (Ahonen ym. 2005, 4-7; Ahonen ym. 2007, 27-30; Ahonen ym. 2006, 18-19.)

Kolmannessa vaiheessa (kts. Kuvio 1: ”Uuden mallin rakentaminen”), mistä Turvallinen lääkehoito 3 -hanke alkoi, teoreettiselle tasolle tuotu työyhteisön hiljainen tieto asetetaan verrattavaksi aikaisemmin tutkittuun tietoon. Tätä kautta luodaan ehdotus uudesta toimintamallista, joka voidaan esitellä käsitteellisellä kuviolla työyhteisössä. Tämän jälkeen sitä voidaan vielä muokata, ja työyhteisön oma osallistuminen muutostyöhön on tärkeää, sillä uusia innovaatioita tarvitaan koko työyhteisössä toimivan uuden toimintamallin luomiseksi. (Ahonen ym. 2007, 27-30; Ahonen ym. 2005, 4-7.)

Neljännän vaiheen (kts. Kuvio 1: ”Muutoksen juurruttaminen”) tarkoituksena on hioa valmiiksi työyhteisöön juurrutettava toimintakäytäntö siten, että se voidaan arvioida ja lopulta ottaa käyttöön työyhteisön hoitotyössä. Työyhteisön yhteisöllisyys tulee tärkeään rooliin tässä, sillä jatkuva vuorovaikutus, dialogisuus ja keskustelun ylläpitäminen auttaa uuden toimintamallin juurtumista työyhteisöön toimivaksi käytännöksi. Esimiehen tulee kannustaa vuorovaikutusta ja edistää sitä sekä mahdollistaa muutos. Työyhteisön pitäisi nostaa päämääränsä, tavoitteensa ja ymmärryksensä uudelle tasolle, jotta muutos työyhteisössä olisi pysyvä. (Ahonen ym. 2007, 27-30; Ahonen ym. 2005, 4-7.)



Kuvio 1 Juurruttamisprosessi 2.0 (Ahonen ym. 2007.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Tämä kehittämistoiminnan raportti koostuu lääkehoidon koulutuksesta sekä lääkelupakäytänteistä. Tämän hankkeen yhteistyökumppaneina toimivat Nummentaustan ja Roution kotihoidot. Kummastakin kotihoidosta tässä hankkeessa on mukana kaksi sairaanhoitajaa, yksi lähihoitaja sekä opinnäytetyötä tekevät sairaanhoitajaopiskelijat. Yllä kuvattu rajausta perustuu yhteistyökumppaneiden esille tuomiin puutteisiin ja nykytilan kuvauksessa esille tuotuihin kehittämisen tarpeissa oleviin kohteisiin, kuten lääkelupien yhtenäisten käytäntöjen puuttumiseen ja koulutuksen vähäiseen informointiin käytännön työelämässä.

Tämän kehittämishankkeen toiminnallisen viitekehyksen muodostavat yhteistyökumppanit. Nämä yhteistyökumppanit muodostuvat työelämän edustajista eli kahdesta sairaanhoitajasta ja yhdestä lähihoitajasta Roution ja Nummentaustan kotihoidosta. Toimeksiantajana toimii Lohjan kotihoito sekä työyhteisö, joka muodostuu työelämän edustajista ja opinnäytetyötä tekevästä opiskelijoista.

Kehittämishankkeen käytännön toteuttaminen eli opiskelijoiden tekemän lupakäytäntönsiini ja koulutukseen liittyvän suunnitelman kokeilu tapahtuu ammattitaitoa edistävssä harjoittelussa kotihoidossa 3 viikon ajan syksyllä 2009. Tällä jaksolla tullaan kokeilemaan uuden käytännön toimivuutta ja kerätään tietoa sen hyvistä ja huonoista puolista. Myöhemmin syksyllä uusi toimintamalli arvioidaan työelämään jaettujen palautelomakkeiden avulla.

5.1 Lääkehoidon nykytilan kuvaus

Roution ja Nummentaustan kotihoitojen lääkehoidon nykytilan kuvaus tehtiin edellisen työryhmän kanssa hankkeessa Turvallinen lääkehoito 2 teemahaastattelulla jotka kerättiin työyhteisöistä, joita työelämän edustajat saivat muokata ja kommentoida. Haastatteluiden pohjalta muodostettiin kalanruotomalli nykytilan kuvauksesta. Tämän jälkeen työyhteisöt saivat valita kehittämiskohteensa.

Yhtenä suurimmista ongelmista Roution ja Nummentaustan kotihoito näkee huonon järjestelmän, jolla valvotaan lääkehoidon osaamisen varmistamista ja ylläpitämistä. Vaikka selvästi lisäkoulutuksia kaivattaisiin, on taitojen ylläpitäminen kotihoidossa työskentelevien lähi- ja sairaanhoitajien vastuulla. Ryhmäkeskustelussa 20.5.2009 tuli esille, etteivät kaikki tiedot täydennyskoulutuksista tule kotihoidon tietoon, jolloin hoitajien pitäisi itse olla aktiivisia ja ottaa selville koulutuksien ajankohtia ja aiheita. Täydennyskoulutuksia järjestetään siis vain työntekijöiden omien toiveiden mukaan.

Suonensisäisen lääkehoidon toteuttamisen lupien myöntämisessä nähtiin myös ongelmia erityisesti siinä valossa, että kotihoidolla (Routio, Nummentausta) ei ole vastuulääkäreitä, joka vastaisi lupien myöntämisestä. Nummentaustan kotihoidon lupakäytännöt toimivat siten, että kun suonensisäistä lääkehoitoa käsittelevällä luennolla on käyty, ja tästä vuoden päästä seuraava tentti on suoritettu hyväksytysti, lupa suonensisäisen lääkehoidon toteuttamisesta myönnetään määrittelemättömäksi ajaksi, eikä järjestetä osaamisen varmistavaa lisäkoulutusta säännöllisesti. Toimivaa ja mallikelpoista käytäntöä siis kaivataan.

Niin Nummentaustalla kuin Routiollakin sairaanhoitaja ottaa vastaan näytöt injektioista ja tämän jälkeen ylilääkäri myöntää lähi- ja sairaanhoitajille luvat suorittaa lääkehoitoa. Routiolla annetaan suullinen, toimipaikkakohtainen lupa injektioiden pistämiseen sekä suonensisäiseen lääkehoitoon on voimassa vain työsuhteen voimassaoloajan. Kaikilla Roution kotihoidossa toimivilla ei ole ihonalais- ja lihaksensisäisiä lääkkeen pistoslupia. Nämä myönnetään kolmen onnistuneen pistokerran jälkeen.

5.2 Kehittämishankkeen eteneminen

Opinnäytetyö aloitettiin keväällä 2009 hakemalla 20.2 mennessä esitettyihin hankkeisiin. 25.2 pidettiin julkistamistilaisuus, jossa julkistettiin hankkeisiin hyväksytyt opiskelijat, ja aloitettiin opinnäytetyöprosessia. Tähän päivään mennessä opinnäytetyöhön osallistuvien tuli olla jo luettuna Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon opas.

Tämän oppaan pohjalta tuli 18.3 mennessä olla tehtynä käsitekartta turvallisesta lääkehoidosta, ja 1.4 opiskelijat osallistuivat päätösseminaariin, jossa turvallisen lääkehoidon hanketta aloittaneet opiskelijat kertoivat töistään. Tähän osallistuivat myös mukana olleet työelämän edustajat, ja edellisten opiskelijoiden töiden pohjalta luotiin uudet kehittämiskohteet joihin työelämän edustajat sitoutuivat. 8.4 mennessä olla kirjoitettuna 10 sivun essee turvallisen lääkehoidon kymmenestä osa-alueesta ja etsiä näihin tutkittua tietoa. Tämän opinnäytetyöpajan yhteydessä kukin työpari valitsi kehittämiskohteen, josta tekisi opinnäytetyön.

20.5 koululla tavattiin työelämän edustajat, jolloin selvitettiin nykytilannetta ja luotiin sen pohjalta tärkeimmät ydinongelmat. Tähän työhön valittiin lupakäytännöt ja koulutusjärjestelmä. Nykytilanne kuvattiin keskustelun ja aikaisemman työn perusteella. 27.5 oli kirjoittamisen työpaja, jossa saatiin tarkemmat ohjeet opinnäytetyön jatkoa varten. Tällöin alkoi alustavan suunnitelman kirjoittaminen, ja tarkoituksena on saada alustava suunnitelma valmiiksi 8.6. mennessä eli kevään 2009 aikana. Alustava suunnitelma palautettiin 5.6 arviointia varten. Kaikki opinnäytetyön aloittaneet pitivät suullisen esityksen alustavasta suunnitelmasta 8.6, jolloin opettajat antoivat prosessin etenemisestä suullista palautetta kullekin työryhmälle. Tämän jälkeen kesän 2009 aikana jatketaan kirjallista työskentelyä korjaten alustavaa suunnitelmaa ja muokaten sitä pikkuhiljaa lopulliseen muotoonsa opinnäytetyöksi.

Kesän 2009 aikana järjestettiin tapaaminen työelämän edustajien kanssa ja laadittiin suunnitelma uudesta toimintamallista. 10.6. tavattiin työelämän edustajat ensimmäisen kerran suunnitelman merkeissä. Tähän tapaamiseen pääsi osallistumaan vain Nummentaustan kotihoito. 12.8 järjestettiin toinen tapaaminen, johon osallistui kotihoidon hoitajia. Tällöin tehtiin runko suunnitelmaksi uudelle toimintamallille. Kehittämiskohteen uuden toimintamallin koekäyttö tapahtuu 16.9.2009. Viikoilla 42-44 ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa Roution sekä Nummentaustan kotihoidoissa keskustellaan suunnitelman mahdollisesta toimivuudesta. Opinnäytetyö pyritään saamaan valmiiksi joulukuuhun 2010 mennessä.

Työ jaetaan siten, että opiskelijat kokoavat teoreettista tietoa nykyisestä toimintamallista sekä keräävät tietoa käytännön työelämästä kyselemällä työelämän edustajilta ja käytännön harjoittelussa. Työelämän edustajat antavat puolestaan käytännön tietoa omasta toimintamallistaan ja osallistuvat suunnitelman tekoon. Työelämän edustajat tulevat viemään valmiin toimintamallin suunnitelman eteenpäin jotta se saataisiin kotihoitoihin käytäntöön.

Vastuu jakautuu sekä työelämän edustajien että opiskelijoiden kesken. Opiskelijat ovat vastuussa projektin etenemisestä, mutta kaikki osapuolet ovat vastuussa uuden toimintamallin syntyisestä ja lopputuloksesta. Työelämän edustajat ovat vastuussa käytännön tiedon jakamisesta opiskelijoille, jotta mallista tulisi mahdollisimman ehyt kokonaisuus.

6 Uusi toimintamalli

Yhdessä työelämän edustajien kanssa käydyissä tapaamisissa luotiin suunnitelma uudesta toimintamallista perustuen nykytilan kuvaukseen. Työelämän edustajille tullaan jättämään projektin loputtua valmis toimintamalliehdotus, jonka toteutus jää työyksiköiden vastuulle. Suunnitelma sisältää koulutuksiin ja lupakäytänteisiin liittyvät uudet toimintatavat.

6.1 Henkilökunnan täydennyskoulutukset

Uuden toimintamallin luominen koulutuksista perustuu niiden säännölliseen toteutumiseen. Koska kotihoidossa on vähän sairaanhoitajia, tulisi koulutusten koskea myös kotihoidossa työskenteleviä lähihoitajia. Kotihoidossa lähihoitaja suorittaa sairaanhoidollisia tehtäviä mm. ihonalais- ja lihaspistot sekä lääkehoitoa yleisesti. Koulutusta järjestettäisiin kahdenlaista: kolmen vuoden välein toteutuvaa laajempisisältöistä koulutusta, sekä vuoden välein tapahtuvaa teemakoulutusta. Vuoden välein järjestettävä koulutus painottuisi pääasiassa kotihoidossa toteutettavaan lääkehoitoon.

Kolmen vuoden välein pidettävä laajempi lääkehoidokoulutus järjestettäisiin yhdessä terveyskeskusten ja kotihoidon kanssa. Tämä kahdeksan tunnin mittainen koulutuspäivä käsittäisi lääkehoitoa laajemmin. Kahden vuoden välein järjestettävä koulutus pitäisi sisällään useamman samansisältöisen koulutuksen. Koulutuksien yhteydessä järjestettäisiin myös sairaanhoitajille mahdollisuus uusien lupa toteuttaa suomen-sisäistä lääkehoitoa. Joka toinen kerta voitaisiin kontrolloida myös lihakseen ja ihonalle annettavat pistot.

Toinen koulutus, vuoden välein tapahtuva koulutus, perustuisi kotihoidon työntekijöiden toiveisiin käsiteltävistä teemoista, kuten haavanhoito, lääkeaineoppi, reseptioppi ja tietyissä sairauksissa käytettävien lääkkeiden opettaminen. Myös pistokoulutuksia voitaisiin järjestää

toiveiden ja mahdollisuuksien mukaan. Tämä koulutus voisi pitää sisällään myös yleisiä asioita kotihoidon lääkehoidosta ikään kuin johdantona jokaisen koulutustilaisuuden aluksi. Koulutus kestäisi noin neljä tuntia ja sijoittuisi iltapäivään.

Tällä hetkellä hoitajilla on käytössään koulutuskalenteri Lohko, jonne tiedot koulutuksista tulevat. Järjestelmänä tämä on nähty hyvänä eikä tarvetta sen muuttamiselle koettu. Kuitenkin epäsäännöllisesti toteutuviin koulutuksiin osallistuminen vaatii paljon omaa aktiivisuutta pitää silmällä koulutuskalenteria, joten tästäkin syystä koulutukset olisi hyvä saada toteutumaan säännöllisesti. Koulutuksen ajankohdiksi katsottiin parhaimmiksi syksy ja kevät.

6.2 Lääkehoidon lupakäytännöt

Kotihoidossa lääkehoidon lupia tarvitaan melko vähän, eikä niitä kontrolloida säännöllisesti. Sairaanhoidajan lupiin kotihoidossa kuuluu suonensisäisen lääkehoidon toteuttamisen ja se myönnetään koulutuksen ja näytön jälkeen. Täydennyskoulutuksia lupien uusimiseen tarvitaan kuitenkin useammin, sillä kotihoidossa sairaanhoitaja toteuttaa suonensisäistä lääkehoitoa niin harvoin, että tämän suorittaminen tulee epävarmaksi.

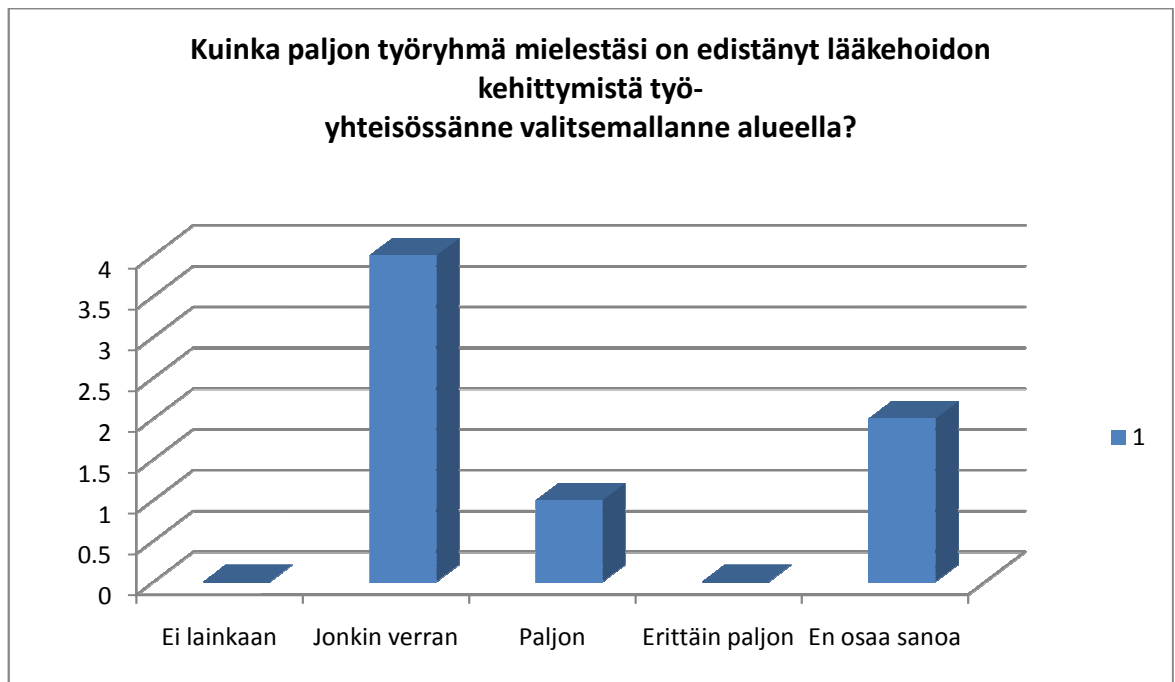
Lupia tarvitsevista toimenpiteistä näytöt vastaanottaa lähihoitajalta sairaanhoitaja, joka kirjoittaa lääkärille sähköpostitse näytön suorittaneen tiedot ja lääkäri lähettää dokumentin luvan hyväksymisestä postitse. Tämä käytäntö on koettu hankalaksi, sillä lääkäreillä ei ole aikaa postittaa dokumentteja jotka he tekevät itse, jolloin virallisen luvan saanti viivästyy.

Työelämän edustajien kanssa käydyssä keskustelussa sovittiin, että näyttötilanteita varten kehitetään kirjallinen lupapaperi, johon näytön vastaanottaja merkitsee jokaisen onnistuneen näytön. Tämän jälkeen allekirjoitettu valmis lupapaperi lähetetään faksilla lääkärille joka allekirjoituksellaan hyväksyy luvan ja voi tällöin lähettää paperin heti takaisin.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

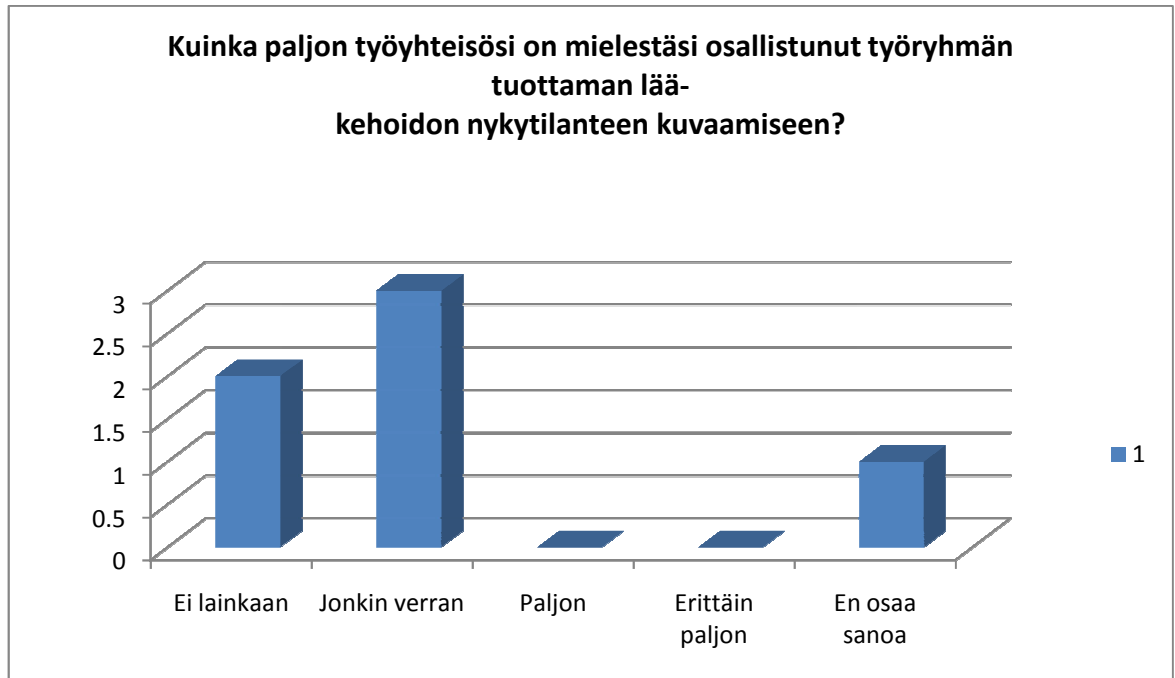
Toimintamallin käyttöönoton jälkeen syksyllä 2009 arvioitiin uutta toimintamallia valmiilla lomakkeella. Työelämän edustajille kotihoitoon annettiin arviontikaavakkeet (Liite 1), joissa tulisi arvioida kehittämishankkeen aikana työstettyä toimintamallia. Pohjana käytettiin puolistrukturoitua lomaketta, jossa oli kuusi valintakysymystä ja kolme avointa kysymystä. Valinta kysymyksien vastaukset olivat numeroitu yhdestä viiteen, yksi tarkoitti ei lainkaan, kaksi jonkin verran, kolme paljon, neljä erittäin paljon ja viisi en osaa sanoa. Työryhmältä arviointeja saatiin seitsemän ja lisäksi työelämän edustajien kirjallinen lausunto kummaltakin

kotisairaanhoidajalta. Työelämän edustajien lausunnossa opinnäytetyöstä oli kaksi avointa kysymystä.



Kuvio 2 Työyhteisön mielipide työryhmän toiminnasta lääkehoidon edistämiseksi

Ensimmäinen kysymys koski työryhmän edistymistä lääkehoidon kehittämisestä lupakäytänteiden ja koulutuksen osalta. Seitsemässä arviointilomakkeessa vastaukset rajoittuivat lähinnä vastauksiin ”jonkin verran” sekä ”en osaa sanoa”. Yhdessä arviointilomakkeessa oli myös ”paljon”.



Kuvio 3 Työyhteisön mielipide osallistumisesta toimintamallin työstämiseen

Toinen kysymys koski työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämistä, joissa kaikki vastaukset olivat joko ”ei lainkaan” tai ”jonkin verran”.



Kuvio 4 Toimintamallin hyödyntäminen työyhteisössä

Kysymys kolme koski toimintamallin hyödynnettävyyttä työyhteisössä, johon vastauksia saatiin ”ei lainkaan” ja ”jonkin verran”.



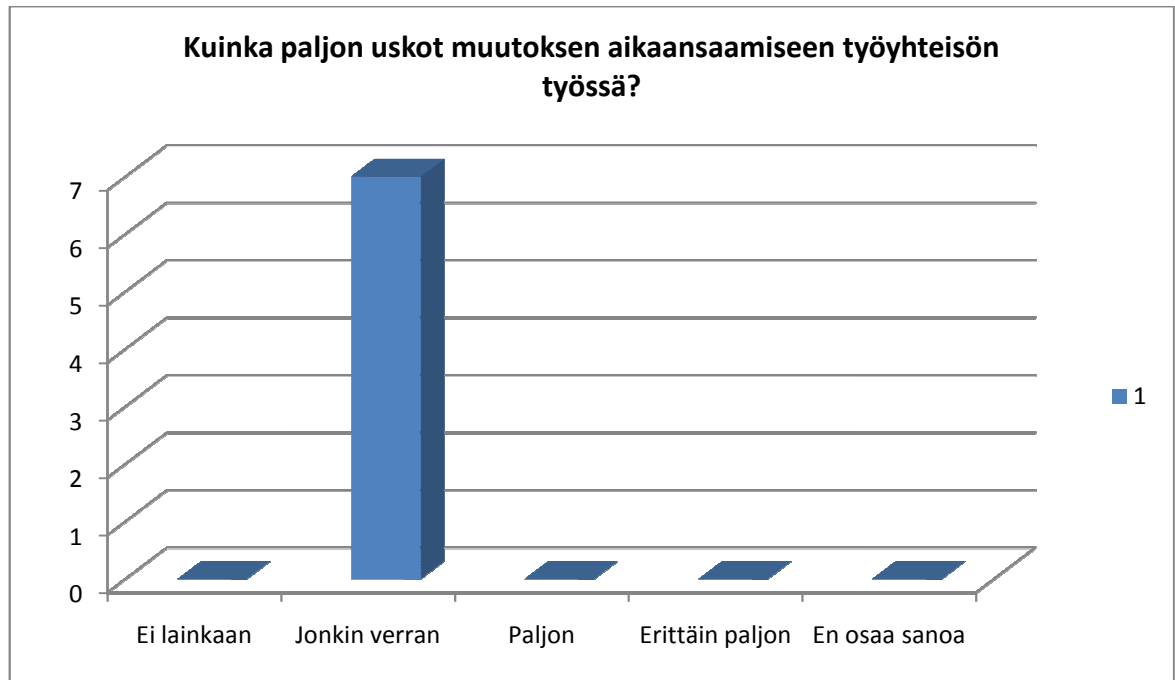
Kuvio 5 Työryhmän tuomat ideat lääkehoidon kehittämiseen

Neljäs kysymys koski uusia ajatuksia ja ideoita lääkehoidon kehittämisessä työryhmässä, vastauksia tähän tuli ”jonkin verran” kaikissa seitsemässä lomakkeessa.



Kuvio 6 Lääkehoidon sujuvuuden ja tehokkuuden parantuminen

Kysymyksessä viisi pohdittiin kehittämistoiminnan vaikuttavuutta lääkehoidon sujuvuuteen ja tehokkuuteen, joiden vastaukset rajoittuivat vaihtoehtoihin yksi, kaksi ja viisi.



Kuvio 7 Työyhteisön mielipide toimintamallin käyttöönotosta

Viimeinen valintakysymys koski sitä, uskotaanko uuden toimintamallin käyttöönottoon, joihin vastattiin ”jonkin verran” kaikissa lomakkeissa.

Lomakkeissa oli myös kolme avointa kysymystä: ”perustele tarvittaessa vaihtoehtosi”, ”kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu uuden toimintamallin juurruttamiseen” sekä ”mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta”. Näihin avoimiin kysymyksiin saatiin yhteensä neljä kirjallista kommenttia sekä yksi kysymysmerkki, jota ei huomioida tuloksia arvioiessa.

Avoimeen kysymykseen ”perustele tarvittaessa vaihtoehtosi”, oli saatu yksi vastaus, jossa vastaaja toi esille, että kiinnostusta tällaiseen kehittämistoimintaan olisi, sekä uuden toimintatavan juurruttamiseen toimintaympäristöön, mutta aikaa ei ole tarpeeksi sen toteuttamiseen. Myös henkilökunta tarvitsisi enemmän koulutusta tällaiseen.

Avoimeen kysymykseen ”kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu uuden toimintamallin juurruttamiseen” saatiin yksi vastaus jossa vastaaja olisi halunnut kehittää reseptijärjestelmää kotihoitoyksikössä, sekä näyttöjen vastaanottamista koskien lääkkeenjakoa sekä ihonalais- ja lihaksensisäisiä pistonäyttöjä.

Avoimeen kysymykseen ”mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta” saatiin kaksi vastausta. Yhden vastaajan mielestä kehittäminen jäi keskeneräiseksi sillä aikaa toimintamallin kokeilemiseen oli liian vähän. Lisäksi vastaajan mielestä uuden toimintamallin käytössä suunniteltu kaavake ei ollut vastaajan mielestä valmis. Toisen vastaajan mielestä tällaisen toimintamallin kokeilemiseen ja juurruttamiseen tarvitaan enemmän aikaa, tietoa ja keskustelua. Vastaajan mielestä kaikki työyhteisössä eivät olleet saaneet tietoa uuden toimintamallin juurruttamisesta työyhteisöön. Lisäksi vastaajan mielestä kehittämistoimintahankkeeseen osallistuminen vaatii kertausta työntekijöille.

Sairaanhoitajat kummastakin kotihoidosta antoivat myös kirjallisen arvioinnin opinnäytetyöstä. Arvioinnissa tuli esille, että työssä oli tuotu esiin epäolennaisia asioita ja muuttuvia tietoja. Myöskään teemahaastattelusta tiedonkeruumenetelmänä ei pidetty, sillä monien työntekijöiden mielipiteet jäivät käyttämättä. Myös aikataulu, jonka aikana toimintamalli tuli testata, koettiin hankalaksi. Lääkehoidon näyttölomakkeet koettiin keskeneräisiksi, ja niillä ei niiden nykyisessä muodossa pystyittäisi toimintamallia testaamaan. Teoria- ja tutkimustieto, jota työhön käytettiin, koettiin kattavaksi. Arvioinnissa mainittiin myös, että haastatteluista kerätty aineisto oli purettu melko suppeasti työhön. Lopulta arvioinnissa tuli esille, että opinnäytetyön aihe koettiin hyväksi, mutta tuotos oli vielä arviointihetkellä melko keskeneräinen eikä sitä pystyittäisi käyttämään sen silloisessa muodossa edes testaukseen.

7.1 Tutkimuksen arviointi ja luotettavuus

Uuden toimintamallin kokeilemiseen työyhteisössä oli aikaa kolme viikkoa. Tämä oli ammattitaitoa edistävän harjoittelujakson pituus. Aika suhteessa kokeiltavaan toimintamalliin oli epärealistinen. Työelämän edustajilla ei ole kolmessa viikossa tarpeeksi aikaa tai resursseja käyttää tällaisen suuritöisen toimintamallin kokeiluun edes pieneltä osin. Pidemmällä aikavälillä uutta toimintamallia pystyittäisiin ehkä kokeilemaan ja muokkaamalla edelleen, siitä voitaisiin saada hyvä malli käytäntöön. Työyhteisö ei kokenut olevansa mukana tarpeeksi tiiviisti eivätkä vaikuttaneet tietävän tällaisen kehittämistoiminnan olemassaolosta ja meneillään olosta.

Kokonaisuudessaan aika, joka annettiin hankkeen tekemiseen verrattuna työmäärään, oli huonosti jaettu ja painotettu. Paremminkin hanke olisi toiminut, jos enemmän aikaa olisi annettu valmiiksi työstetyn toimintamallin kokeilemiseen työyhteisössä, esimerkiksi puoli vuotta. Kehittämiskohde, jota tässä työssä luotiin, oli todella isotöinen ja haastava. Lisäksi siitä ei löytynyt tarkkaa tutkittua tietoa, mikä teki sen vaikeaksi hahmottaa selkeästi ja saada siitä toimiva.

Vuorovaikutus työyhteisön ja opiskelijoiden välillä oli uuden toimintamallin valmiiksi saamisen kannalta tärkeää, mutta aikaresurssien puitteissa vuorovaikutus jäi hyvin vähäiseksi, mikä hankaloitti osaltaan työn etenemistä aikataulun mukaisesti. Jos aikaa molemmilla osapuolilla olisi ollut enemmän, olisivat mahdollisesti vuorovaikutustilanteet toimineet paremmin ja niitä olisi ollut enemmän.

Lisäksi ajankohta, jolloin uutta toimintamallia kokeiltiin, oli työyhteisöjen kannalta erittäin huono, sillä kotihoidoissa oli ammattitaitoa edistävän harjoittelun aikana syksyllä 2009 menossa influenssa- ja sikainfluenssarokotteet, mikä työllisti sairaanhoitajia tavallista enemmän. Myös talviloma-aika työllisti kaikkia hoitajia enemmän.

Opinnäytetyön tekeminen oli erittäin haasteellista, sillä yksityiselämän sekä työn ja opiskelun yhteen sovittaminen vaati paljon organisointikykyä. Kehittämistyöstä sairaanhoitajan arjessa opiskelijat oppivat paljon, valmistumisen jälkeen sairaanhoitajan kehittäminen jatkuu. Työssä suunnitellun toimintamallin käytännössä kokeilun teki lähes mahdottomaksi kolmen viikon aikaraja, jolloin opiskelijat olivat ammattitaitoa edistävässä työharjoittelussa Nummentausta ja Roution kotihoidoissa. Juurruttaminen tuotti opiskelijoille eniten ongelmia, mutta lopulta tämä selkiytyi tutkitun tiedon sekä käytännön toimimisen valossa. Vuorovaikutus opiskelijoiden ja työyhteisön välillä jäi hieman vähäiseksi, sillä kolmen viikon aikana ei ehditty kunnolla tutustua eikä esitellä muulle työryhmälle kuin ohjaaville sairaanhoitajille opinnäytetyötä. Vuorovaikutus uuden toimintamallin luomisessa mukana olleiden lähi- ja sairaanhoitajien sekä opiskelijoiden välillä oli mutkatonta.

7.2 Tutkimuksen eettiset periaatteet

Tässä työssä noudatettiin hyviä tutkimusetiikan periaatteita, anonymiteettisuoja, vaitiolovelvollisuutta sekä salassapitovelvollisuutta (Mäkinen 2006). Kaikki tähän työhön kerätty tieto tulee olemaan luottamuksellista, ja salassapitovelvollisuus sitoo opinnäytetyön tekijöitä sekä yhteistyökumppaneita.

Tutkimusetiikan periaatteena on tuoda esille keskeinen eettinen ongelmatilanne. Kaksi keskeistä ongelmaa tutkimusetiikassa ovat tutkimuksen päämääriin liittyvät moraalikysymykset ja niiden tavoitteiden saavuttamiseen pyrkiminen, sekä määritellyn moraalinen ylläpitämisen pohtiminen. (Mäkinen 2006, 8; 10.) Tutkimuksessa perusoletuksena on tutkimusaineiston puhdas tulkinta, mikä tarkoittaa, että tutkimusaineistosta ei tule tehdä omia johtopäätöksiä. (Mäkinen 2006, 13.) Käytännössä tämä tarkoittaisi esimerkiksi luvaton lainaamista eli plagiointia, sepittämistä eli tekaistujen esittämistä, havaintojen vääristämistä ja anastamista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Tässä työssä toimittiin

tutkimusetiikan periaatteiden mukaan, eli pyritään siihen, ettei plagiointia, tekaistua esittämistä eikä vääristämistä tai anastamista esiinny.

Eettisiä ongelmakohtia ovat tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat, tutkimuskohteen hyväksikäyttö, osallistumiseen liittyvät ongelmat ja tutkimuksesta tiedottaminen. Tutkimuksesta tiedottaminen tutkittaville tulisi aina olla rehellistä ja avointa, ja kaikkien tutkimukseen osallistuvien tulee tietää, mihin he sitoutuvat. (Eskola & Suoranta 2005, 52-54.) Tässä työssä pyritään toimimaan eettisten kysymysten mukaisesti, eli raporttiin ongelmat, tiedottaminen ja rehellinen sekä avoin sitoutuminen pyritään toteuttamaan ja selvittämään.

Nimettömyyden säilyttämisessä perusajatuksena on se, että tietojen paljastuminen tehdään mahdollisimman hankalaksi. Tutkijan tulee aina ottaa huomioon henkilötietojen paljastumisen riskit ja mahdolliset seuraukset. (Eskola & Suoranta 2005, 56-57.)

Kuulaan (2006) viitaten tutkittavalla henkilöllä tulee olla ehdoton vapaus valita tutkimukseen osallistumisesta, ja tämä sisältää salaa tutkimisen ehdottoman kiellon. Tutkittava saa koska tahansa keskeyttää osallistumisen perustelematta päätöstään, mutta myös tutkijalla on oikeus perua tutkittavan osallistuminen, mikäli siitä aiheutuu haittaa tutkittavalle. Nämä ehdot perustuvat henkilötietolain sisältämään itsemääräämisoikeuteen. (Mäkinen 2006, 147.) Tämä työ toteutetaan esitetyn henkilöstölain itsemääräämisoikeuden mukaisesti, jolloin yksityisyyden ja nimettömyyden suoja säilyy.

Lähteet

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E. & Soikkeli, T. 2007. Sairaanhoidajalehti 2/2007, 27-30.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys 6/2005, 4-7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys 2/2006, 16-19.
- Asiakaslähtöinen kotihoito, Nummentaustan kotihoidon perehdytyskansio. Viitattu 20.3.2010.
- Cipolle, R., Strand, L. & Morley, P. 2004. Pharmaceutical care practice. The McGraw-Hill Companies Inc.
- Habjanic, A. 2009. Quality of institutional elderly care in Slovenia. Oulun yliopisto. Viitattu 16.9.2009.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514291869/isbn9789514291869.pdf>
- Hartikainen, S. & Seppälä, M. 2007. Vanhusten lääkityksen tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen Lääkärilehti 51-52/2007 (62), 4762.
- E. Helin & J. Mattila, Henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2009. Nummentaustan kotihoito.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava.
- Jalo, L. Työryhmän jäsenen henkilökohtainen tiedonanto 28.7.2009. Rotion kotihoito.
- Jokinen, T. 2007. Polyfarmasia-hanke - kotihoidon lääkehoitotoiminnan nykytila, kartoitusraportti. Helsingin kaupungin terveystakeskus.
- Järvi, U. 2008. Lääketietoa, mutta kenen pelisäännöillä? Suomen Lääkärilehti 46/2008 (63), 3974.
- Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen Lääkärilehti 44/2008 (68), 3785-3786.
- Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä - juurruttaminen kokeiluna. Espoo: VTT, Teknologian tutkimuksen ryhmä.
- Klaukka, T. 2005. Lääkehuolto ja lääkkeiden käyttö. Viitattu 12.9.2009.
http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00060&p_haku=l%E4%E4kehuolto
- Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö 5/2007(3), 10.
- Kärkkäinen, O., Tuominen, J., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2006. Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Suomen Lääkäriliitto 24/2006 (61), 2647-2649.

Lohjan kaupungin ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia. Lohjan kaupunki 2010. Viitattu 3.3.2010

<http://www.lohja.fi/perusturva/sosiaali/palvstrategia.htm#Osa%202%20>:

Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi: Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulun yliopisto. Viitattu 16.9.2009
<http://herkules oulu.fi/isbn9514268334/html/index.html>

Mattila, M & Isola, A. 2002. Sairaanhoidaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana - lupakäytäntö. Suomen Lääkärilehti 39/2002 (57), 3885-3886.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus.

Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro Terveys 38 (5), 14-17.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Ritkala- Castrén, M. 2006. Stm opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. Sairaanhoidaja- lehti. Helsinki.

Roution kotihoidon perehdytyskansio. Hoitotyön filosofia. Viitattu 21.3.2010.

Ruontimo, T. 2009. Vastuunkantajat vanhustyössä - Sairaanhoidaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana, lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana. Tehyn julkaisusarja 3/09. Viitattu 16.3.2010

<https://tehy-fi->

[bin.directo.fi/@Bin/e1882bfc7a489339a44cb8980725dbb4/1268750802/application/pdf/17608793/Vastuunkantajat%20vanhusty%C3%B6ss%C3%A4.pdf](https://tehy-fi-bin.directo.fi/@Bin/e1882bfc7a489339a44cb8980725dbb4/1268750802/application/pdf/17608793/Vastuunkantajat%20vanhusty%C3%B6ss%C3%A4.pdf)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovarasto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 30.03.2010
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saarelma, O., Lommi, M-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen Lääkärilehti 50/2008 (63), 4441.

Sariola, S. 2008. Sairaanhoidajille valmistellaan reseptinkirjoitusoikeutta. Suomen Lääkärilehti 12-13/2008 (63), 1146-1147.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Viitattu 2.6.2009.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2010. Ammattioikeudet. Viitattu 21.3.2010
<http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>

Suomen lääkäriliitto. 2006. Diagnoosi ja hoidosta päättäminen ovat lääkärin tehtäviä. Suomen Lääkärilehti 26/2006 (61), 2900.

Synnöve, A. 2006. Turvallinen lääkehoito -opas. Sairaalaviesti 1/2006, 15.

Säilä, M. 2007. Ikääntyneiden lääkehoidon toteuttaminen kotihoidossa sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2009. Säännöllinen lääkehoidon täydennyskoulutus lisää turvallisuutta. Suomen sairaanhoidajaliitto.

Tilastotietokeskus Virsta - Virtual Statistics. Verkko-opetusaineisto. Teemahaastattelu. Viitattu 30.3.2010 <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Julkaisut ja ohjeet. Viitattu 5.6.2009 <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>

Veijola, M., Laitinen, K., Kröger, P. & Kokki, H. 2007. Mitä asioita PVK-lääkkeistä ja huumausaineita sisältävistä lääkkeistä kysytään Kuopion Lääkeinformaatiokeskuksesta. Suomen Lääkärilehti 10/2007 (62), 1047.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidajan lääkehoitotaidot - lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisuja.

Kuviot

Kuvio 1: Juurruttaminen 2.0	32
Kuvio 2: Työyhteisön mielipide työryhmän toiminnasta lääkehoidon edistämiseksi .	41
Kuvio 3: Työyhteisön mielipide osallistumisesta toimintamallin työstämiseen.....	42
Kuvio 4: Toimintamallin hyödyntäminen työyhteisössä	42
Kuvio 5: Työryhmän tuomat ideat lääkehoidon kehittämiseen	43
Kuvio 6: Lääkehoidon sujuvuuden ja tehokkuuden parantuminen	43
Kuvio 7: Työyhteisön mielipide toimintamallin käyttöönotosta	44

Taulukot

Taulukko 1: Lupakäytännöt.....	20
--------------------------------	----

Liitteet

Liite 1. Työyhteisön arviointilomake.....	43
Liite 2. Haastattelukysymykset	44
Liite 3. Lähihoitajan näyttökoe	45
Liite 4. Sairaanhoidajan näyttökoe	46
Liite 5. Prosessitaulukko	47

Työyhteisön arviointilomake Läke 3

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja, kenties muiden työyhteisöjen edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut lääkehoidon kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön lääkehoidon nykytoiminnan kuvauksen ja valinnut kehittämiskohteen.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat	1	ei lainkaan
	2	jonkin verran
	3	paljon
	4	erittäin paljon
	5	en osaa sanoa

1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?
1 2 3 4 5

2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen?
1 2 3 4 5

3 Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
1 2 3 4 5

4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää?
1 2 3 4 5

5 Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?
1 2 3 4 5

6 Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?
1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta?

Kiitos arvioinnistasi!

Haastattelukysymykset Nummentaustan kotihoidolle 10.6.2009 ja Roution kotihoidolle 28.7.2009

1. Kuinka monta työntekijää toimii Nummentaustan ja Roution kotihoidoissa?
Vakituisia/sijaisia/sairaanhoitajia/muita hoitajia?
2. Millä tavalla moniammatillinen yhteistyö toteutuu Nummentaustan ja Roution kotihoidossa?
3. Kuinka paljon Nummentaustan ja Roution kotihoidon alueilla on asiakkaita? Kuinka laajat alueet kotihoidoilla on?
4. Kuinka monta asiakasta yksi hoitaja hoitaa vuoron aikana?
5. Mitä kukin hoitaja tekee vuorossa? (Perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja ja sairaanhoitaja eriteltynä)
6. Sairaanhoitajan lääkkeenjako: kuinka usein lääkkeet jaetaan ja missä lääkkeet säilytetään?
7. Onko yksikössä olemassa lääkehoitosuunnitelmaa?
8. Millaisia muutoksia haluaisitte nykyisiin lupakäytänteisiin sekä lääkehoidon täydennyskoulutukseen

LÄIHOITAJAN NÄYTTÖKOE

s.c ja i.m.-pistot ja lääkehoidon osaaminen

Näytön antaja: _____

Hyväksyneen lääkärin allekirjoitus: _____

Teoriaosuus ja Pharmaca Fennica-osuus

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Reseptin lukutaito

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Lääkkeen käyttökuntoon saattaminen

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Potilaan ohjaus

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Lääkkeen anto potilaalle

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Aseptinen toiminta

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Pistoksen antaminen s.c.

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Pistoksen antaminen i.m.

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Lääkkeenjako dosettiin

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

SAIRAANHOITAJAN NÄYTTÖKOE

i.v.-pistot ja lääkehoidon osaaminen

Näytön antaja: _____

Hyväksyneen lääkärin allekirjoitus: _____

Nesteensiirtoletkun kokoaminen

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

I.V-lääkeruiskun antaminen

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Aseptinen toiminta

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Lääkkeiden vaikuttavien aineiden tunnistaminen

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

I.v. lääkeruiskun antaminen

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

Teoriaosuus ja Pharmaca Fennika- osuus

	PVM	Näytön vastaanottajan allekirjoitus
1		
2		
3		

